



UNIVERSITAT JAUME I
MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología

OPINIÓN DE LOS PACIENTES Y CLÍNICOS SOBRE UNA INTERVENCIÓN ONLINE PARA LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Presentado por:
Iryna Rachyla

Dirigido por:
Dra. Soledad Quero Castellano

Castellón, Noviembre de 2016

Índice

Resumen	3
Introducción	5
Método	9
Participantes	9
Medidas	11
Tratamiento	14
Tarea experimental.....	18
Procedimiento.....	19
Resultados.....	21
Resultados cuantitativos	21
Resultados cualitativos.....	23
Discusión	27
Referencias	33
ANEXOS.....	38
Anexo 1. Hoja de consentimiento informado (versión pacientes).	39
Anexo 2. Hoja de consentimiento informado (versión clínicos).....	40
Anexo 3. Hoja de consentimiento de grabación en video / audio.	42
Anexo 4. Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos.	43
Anexo 5. Escala de opinión sobre el tratamiento psicológico computerizado (versión pacientes).....	53
Anexo 6. Escala de opinión sobre el tratamiento psicológico computerizado (versión clínicos).....	59
Anexo 7. Pregunta de respuesta oral para los pacientes con Trastorno Adaptativo.	65
Anexo 8. Instrucciones tarea (versión pacientes).....	66
Anexo 9. Instrucciones tarea (versión clínicos).	68

Resumen

INTRODUCCIÓN: Durante la última década se ha investigado la utilidad de los tratamientos psicológicos auto-aplicados a través de Internet para reducir la alta prevalencia de los trastornos mentales. Actualmente existe una amplia evidencia que demuestra que estas intervenciones son eficaces para el tratamiento de distintos problemas psicológicos. Sin embargo, el número de pacientes que los utiliza es más bien escaso y poco se conoce sobre cómo poder incrementar la aceptación y la adherencia al tratamiento de los usuarios de estos tratamientos. El objetivo de este trabajo fue obtener datos acerca de la aceptación y usabilidad por parte de los pacientes y clínicos del programa *Trastornos Adaptativos Online* (TAO). TAO es un programa de tratamiento auto-aplicado de enfoque cognitivo conductual desarrollado para el tratamiento de los trastornos adaptativos (TA), uno de los problemas psicológicos más prevalentes en todo el mundo.

MÉTODO: El acceso a uno de los módulos de TAO se dio a 7 pacientes con TA y 15 profesionales licenciados en Psicología. Después de navegar libremente por el contenido del programa y explorar todos los recursos ahí incluidos, los participantes cumplieron una escala que evaluaba el grado de usabilidad del sistema y aceptabilidad del programa. La escala también incluía preguntas de respuesta abierta con el objetivo de conocer aspectos del programa considerados como positivos y otros a mejorar.

RESULTADOS: TAO fue bien aceptado y valorado tanto por pacientes como profesionales. Los participantes encontraron el programa muy intuitivo y de fácil manejo. En cuanto a las características importantes del programa, hubo mucha similitud entre las respuestas de ambos grupos. Los vídeos, los contenidos claros y bien integrados, el lenguaje sencillo y la disponibilidad de los ejemplos fueron los aspectos destacados como positivos. En cuanto a los aspectos a mejorar, todos los participantes indicaron que les habría gustado que el programa tuviera más componentes interactivos y menos texto.

DISCUSIÓN: Los resultados de este trabajo, aunque preliminares, son de gran relevancia dado que indican que es posible incrementar la aceptación y la adherencia a los tratamientos auto-aplicados, y con ello aprovechar al máximo el potencial de estas intervenciones para la prevención y tratamiento de distintos problemas psicológicos. Este el primer estudio que investiga las características concretas de un programa de tratamiento psicológico auto-aplicado a través de Internet para los TA que podrían estar influyendo en la satisfacción y adherencia de los usuarios que lo utilizan (pacientes y clínicos).

Palabras clave: Tratamientos auto-aplicados a través de Internet, Aceptación, Usabilidad, Adherencia, Trastornos adaptativos.

Introducción

Los trastornos mentales (TM) constituyen un problema importante en todo el mundo. Como consecuencia de su alta prevalencia y la falta de recursos de los sistemas de salud para afrontarla, un alto porcentaje de personas no reciben ningún tipo de tratamiento para su problema (OMS, 2013). El gran impacto que tienen los TM en el funcionamiento y la calidad de vida de las personas han motivado que se investiguen formas alternativas de proporcionar tratamiento psicológico de calidad a las personas que lo necesitan (Kazdin, 2014).

Actualmente existe una amplia evidencia que demuestra que Tratamientos Psicológicos Computerizados (TPC) y auto-aplicados a través de Internet son una herramienta viable y eficaz para diseminar tratamientos psicológicos basados en la evidencia (TPBE) (Adelman, Panza, Bartley, Bontepo y Bloch, 2014; Andersson y Cuijpers, 2009; Andersson, Cuijpers, Calbring, Riper y Hedman, 2014; Andrews et al., 2010; Andrews, Newby y Williams, 2015; Cuijpers, Donker, van Straten, Li y Andersson, 2010; Cuijpers et al., 2011; Haug, Nordgreen, Öst y Havik, 2012; Hedman, Ljotsson y Lindefors, 2012). Además, dichas intervenciones ofrecen varias ventajas sobre los tratamientos tradicionales “cara a cara” (Baños, Guillén, García-Palacios, Quero y Botella, 2011). En primer lugar, los TPC basados en el uso de Internet resultan bastante atractivos para las personas ya familiarizadas con esta herramienta y que la usan en otros muchos ámbitos de su vida (p.ej., adolescentes y jóvenes). En segundo lugar, el uso de Internet permite mejorar la diseminación de los TPBE, haciendo que dichos tratamientos lleguen a más personas que los necesitan y que, por diversas razones (p.ej., enfermedad médica, barreras geográficas, problemas de horario, etc.) no pueden acudir a un centro clínico en el que dichos tratamientos estén disponibles. La red también ofrece confidencialidad, aspecto muy importante para aquellas personas que desean mantenerse en el anonimato, tratando de evitar el estigma todavía asociado a recibir un tratamiento psicológico. Por último, el uso de Internet también puede suponer una reducción significativa de costes económicos y de tiempo, tanto para pacientes como para terapeutas. Los servicios de salud

mental online suelen ser más baratos que los tradicionales, pues reducen el tiempo de contacto entre paciente y clínico, y también evitan el desplazamiento, dado que el usuario puede acceder al tratamiento y asesoramiento psicológico en cualquier momento desde la tranquilidad de su hogar.

Durante la última década se han desarrollado TPC para tratar diferentes problemas psicológicos, tales como depresión y ansiedad (p.ej., Andrews, Newby y Williams, 2015; Arnberg, Linton, Hultcrantz, Heintz y Jonsson, 2014; Richards y Richardson, 2012; Spek et al., 2007; Titov, 2011), problemas de sueño (p.ej., Cheng y Dizon, 2012; Ritterband et al., 2009) o adicciones (Riper et al., 2014; Civljak et al., 2014). Sin embargo, hay algunos diagnósticos que han recibido muy poca atención por parte de la comunidad científica, entre ellos los trastornos adaptativos (TA).

Los TA se caracterizan por la aparición de síntomas emocionales y/o de comportamiento clínicamente significativos en respuesta a un evento estresante identificable (APA, 2013). Este evento estresante puede ser agudo (p.ej., la pérdida de un trabajo), crónico (p.ej., enfermedad médica crónica), recurrente (p.ej., fluctuaciones económicas estacionales) o continuo (p.ej., vivir en un entorno disfuncional) (Maercker, Bachem y Simmen-Janevska, 2015). A pesar de ser uno de los problemas psicológicos más frecuentes en todo el mundo (Evans et al., 2013), actualmente no existen guías basadas en la evidencia para el tratamiento de este trastorno. Esta situación es preocupante dado que los TA causan un gran sufrimiento personal y pueden dar lugar a la aparición de ideaciones y conductas suicidas (Casey, Jabbar, O'Leary y Doherty, 2015; Ferrer y Kirchner, 2014; Strain y Diefenbacher, 2008). El TA también está asociado con un deterioro significativo del funcionamiento social y laboral, siendo uno de los trastornos mentales más prevalentes entre las bajas laborales junto con los trastornos depresivos y de ansiedad (Calvo, 2009). De todo lo anterior, se desprende que los TA constituyen un problema importante para la salud que genera importantes costes a nivel personal, social y económico.

El carácter subclínico y transitorio que ha sido atribuido al TA desde su inclusión en los manuales de clasificación de los trastornos mentales (Casey, 2014) lo convierten en un diagnóstico especialmente apropiado para intervenciones en formato de auto-ayuda (Maercker, Bachem, Lorenz, Moser y Berger, 2015). Este tipo de intervenciones evitarían la cronificación del trastorno, así como el desarrollo de la sintomatología más severa (Jorm y Griffiths, 2006). Actualmente existen dos propuestas de intervenciones auto-aplicadas para los TA. La primera consiste en un manual de biblioterapia para víctimas de robo que desarrollaron un TA (Bachem y Maercker, 2016). Este manual incluye técnicas cognitivo conductuales que demostraron ser eficaces para el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático (TEP), depresión o ansiedad. Tras comparar el grupo de biblioterapia con el grupo control de lista de espera, los autores encontraron que este manual de auto-ayuda fue viable y eficaz para el tratamiento de los síntomas del TA. Sin embargo, todavía falta comprobar que el manual sea igual de eficaz para el tratamiento de TA desarrollados como consecuencia de otros tipos de eventos estresantes (ruptura sentimental, enfermedad, problemas familiares, conflictos laborales, etc.).

La segunda propuesta es el programa BADI, una intervención auto-aplicada a través de Internet desarrollada para personas con diagnóstico de TA o aquellas que se encuentran en riesgo de desarrollar un TA por estar viviendo una situación estresante (Skruibis et al., 2016). Además de incluir técnicas cognitivo conductuales, BADI también incluye *mindfulness* y prácticas mente-cuerpo, así como ejercicios para incrementar el apoyo social. El programa está en proceso de validación, por lo que todavía no hay datos sobre su eficacia.

A pesar de las muchas ventajas de los TPC auto-aplicados a través de Internet, éstos no han sido todavía implementados en los sistemas de salud públicos. Ello se debe, en parte, a que tanto los profesionales clínicos como los pacientes son reacios a utilizarlos, dado que los consideran menos eficaces que las intervenciones presenciales (Baumeister et al., 2014; Mohr et al., 2010; Musiat, Goldstone y Tarrier, 2014; Waller y Gilbody, 2009). En este sentido, se ha observado que recibir información sobre los beneficios y el funcionamiento de los TPC mejora

notablemente la opinión e interés en los tratamientos a través de Internet (Cranen, Veld, Ijzerman y Vollenbroek-Hutten, 2011; Gun, Titov y Andrews, 2011; Mitchell y Gordon, 2007; Waller y Gilbody, 2009). Pero todavía existe otro problema importante, el de adherencia (Baumeister et al., 2014). Los participantes suelen pasar una cantidad de tiempo muy limitada utilizando el programa, lo que sin duda repercute en la eficacia de la intervención. Para que un programa de TPC auto-aplicado a través de Internet resulte eficaz se necesita que la persona acceda con frecuencia al programa para aprender, utilizar y repasar el contenido y las herramientas ahí incluidas. Por tanto, es de gran relevancia clínica investigar qué factores y/o componentes de un TPC lo convierten en una opción de tratamiento atractiva para los usuarios, y así desarrollar programas de intervención que tengan en cuenta estos factores. Aumentar y mantener la aceptación, la motivación y el compromiso de los usuarios permitiría aprovechar al máximo el potencial de los TPC como herramientas para la prevención y tratamiento de distintos problemas psicológicos.

El objetivo de este trabajo es evaluar la aceptación y la usabilidad del programa *Trastornos Adaptativos Online* (TAO), un TPC para los TA, tanto por parte de los pacientes como de psicólogos clínicos. Además, también se explorará la utilidad de los diferentes recursos incluidos en el programa, sus puntos positivos así como los aspectos a mejorar de cara al futuro.

Método

Participantes

Pacientes

En el estudio participaron 7 pacientes que cumplían criterios del DSM-5 (APA, 2013) para el diagnóstico de TA. La edad media de los participantes fue de 30.57 años, siendo la desviación típica de 11.18. El castellano fue el idioma nativo de todos los pacientes, siendo española la nacionalidad de seis de ellos y argentina del participante restante. Cuatro de los participantes estaban solteros, dos estaban casados y uno tenía pareja de hecho. Tres tenían estudios superiores o estaban estudiando una carrera, dos tenía estudios medios y 2 básicos (graduado escolar). Cinco de los participantes tenían empleo y dos eran estudiantes de la Universitat Jaume I. Antes del estudio a los pacientes se le preguntó por su nivel de dominio de las nuevas tecnologías, los resultados pueden verse en la Figura 1.

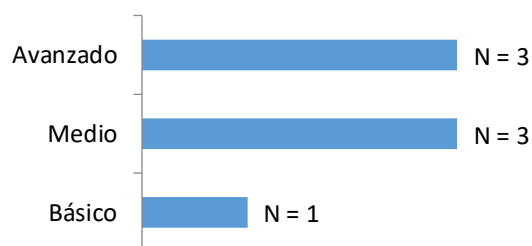


Figura 1. Nivel de dominio de las TICs

En cuanto a las características clínicas de los pacientes, el subtipo mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido fue el más prevalente (ver Figura 2) y la ruptura de pareja fue el evento estresante predominante (ver Figura 3).

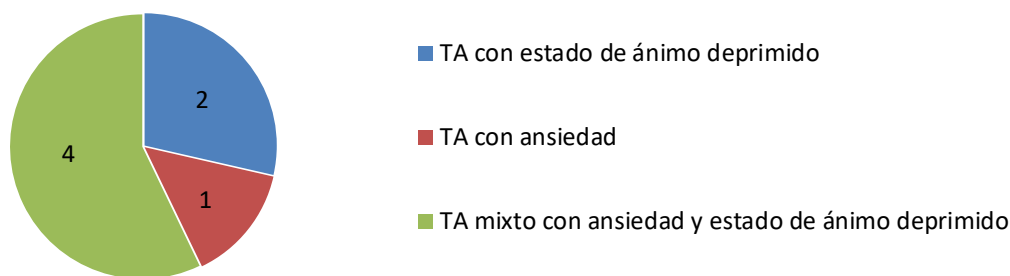


Figura 2. Subtipos de TA.

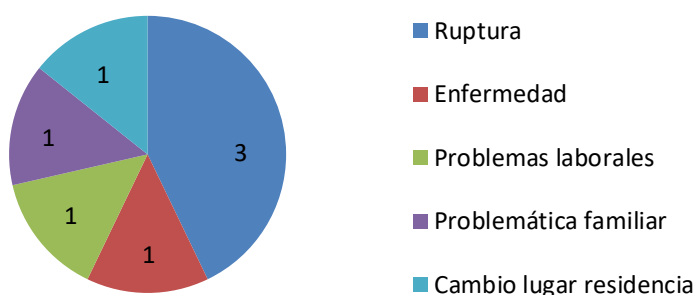


Figura 3. Eventos estresantes

Psicólogos clínicos

En el estudio participaron 15 profesionales licenciados en Psicología, de los cuales la mayoría eran mujeres (73.3%) y la edad media fue de 31.27 años (DT= 4.43). Diez de los participantes tenían nacionalidad española, pero también participaron tres profesionales de México, uno de Argentina y otro de Canadá. Siete participantes eran estudiantes de doctorado, cuatro ya eran profesionales doctorados en el área de Psicología Clínica, tres estaban finalizando el Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Universitat Jaume I y uno ya había finalizado otro máster universitario especializándose en Psicología Clínica. Por último, en la Figura 4 se puede apreciar que la mayoría tenían más de tres años de experiencia clínica y otro porcentaje alto tenía entre 1 y 3 años de experiencia. Ninguno de ellos conocía el programa de tratamiento auto-aplicado para los TA, aunque cinco habían utilizado el protocolo original en formato tradicional cara a cara y ocho tenían amplia experiencia en el desarrollo y/o uso de intervenciones psicológicas aplicadas a través de Internet para otros problemas psicológicos distintos a TA.

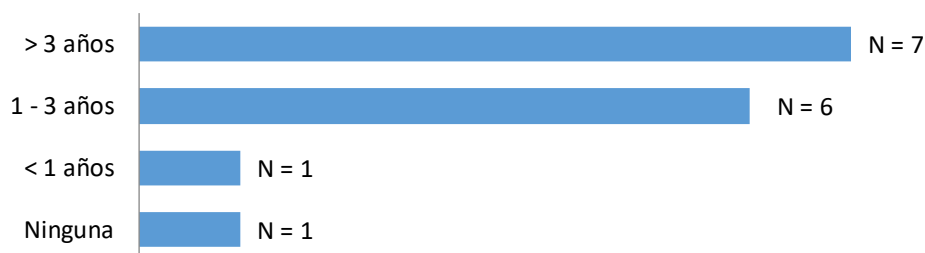


Figura 4. Años experiencia clínica de la muestra de psicólogos clínicos.

Medidas

Consentimientos informados

Todos los participantes firmaron la hoja de consentimiento informado para la investigación (ver anexos 1 y 2). Dicha hoja incluye la descripción del estudio del que la persona acepta formar parte y las condiciones del mismo. Al firmar el documento el participante no solo acepta participar en el estudio, sino también que los datos derivados de su participación podrán ser utilizados con fines científicos.

Instrumentos diagnósticos

Para garantizar que todos los pacientes incluidos en el estudio cumplían los criterios diagnósticos del DSM-5 para un TA, se utilizó la *Entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos* (Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008) (ver anexo 4). Esta entrevista semiestructurada fue elaborada teniendo en cuenta los criterios diagnósticos para el TA incluidos en la CIE-10, DSM-IV-TR, así como en la entrevista SCID-IV. A parte de las preguntas dirigidas a rastrear y valorar la existencia de posible/s acontecimiento/s estresante/s y la sintomatología clínica presente, el instrumento también incluye cuestiones que permiten realizar el diagnóstico diferencial (respecto al Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Episodio Depresivo Mayor y Duelo Patológico), rastrear la existencia de consumo de sustancia o de condiciones físicas graves, así como valorar el malestar y la inferencia causadas por el problema. Una descripción más detallada de esta entrevista, que se encuentra

en proceso de validación, puede consultarse en Molés, Quero, Andreu-Mateu, Botella y Baños (2011).

Medidas de usabilidad y aceptabilidad

Para evaluar la opinión de los participantes sobre los distintos aspectos tanto del módulo como del programa en general, se desarrolló una escala (ver anexos 5 y 6) para recoger toda la información relevante para el estudio. Dicha escala se divide en dos partes. La primera parte se compone de una serie de preguntas dirigidas a obtener la información personal de los participantes. Todos los participantes proporcionaron sus datos sociodemográficos básicos (edad, fecha de nacimiento, sexo, nacionalidad) e indicaron su nivel de dominio de las nuevas tecnologías (nulo, básico, medio, avanzado, experto). Los pacientes además proporcionaron información sobre su nivel de estudios, estado civil, situación laboral y el acontecimiento estresante que dio lugar a la aparición de la sintomatología. A los profesionales clínicos, por otro lado, se les pidió que indicaran su título académico y los años de experiencia clínica.

La segunda parte se divide a su vez en tres subapartados. El primer subapartado evalúa la *Opinión de los Participantes sobre el Módulo del programa*. Se les pidió que valoraran de 0 a 10 la utilidad de los contenidos incluidos en el módulo, su lógica, lo amenos, interesantes y comprensibles que les resultaron, el grado en el que necesitarían ayuda de un terapeuta para comprenderlos y, finalmente, se les pidió que puntuaran los recursos audiovisuales incluidos en el sistema. También se incluyen en este subapartado tres preguntas de respuesta abierta. Dos de ellas preguntaban por las posibles propuestas de mejora, tanto para los elementos incluidos en el sistema como para el módulo en general. En la última pregunta se pedía a los participantes que indicaran aquellos aspectos del módulo que más les había gustado y también los que menos les había gustado. Esta última pregunta se respondió de forma escrita en el caso de los profesionales clínicos y de forma oral en el caso de los pacientes con TA (ver anexo 7), asegurando así que ninguno de ellos dejara la pregunta sin responder.

El segundo subapartado incluye la *Escala de Usabilidad del Sistema (System Usability Scale, SUS; Brooke, 1986)*. Esta escala compuesta de 10 ítems que se responden en un sistema de puntuación de 5 puntos (desde "*En completo desacuerdo*" hasta "*Completamente de acuerdo*") es una herramienta fácil, rápida y fiable, útil para evaluar la facilidad de uso de una amplia variedad de productos y servicios, incluido *hardware*, *software*, dispositivos móviles, aplicaciones y páginas web. Aunque la escala de respuesta va de 1 al 5, la puntuación de cada ítem va de 0 al 4, es decir, se le resta 1 punto a la posición del participante en la escala de respuesta. Después de invertir los valores de los ítems inversos y calcular la puntuación total sumando las respuestas de cada ítem, las puntuaciones totales son transformadas multiplicándolas por 2.5 y obteniendo así puntuaciones entre 0 y 100, que facilitan la interpretación de los niveles de usabilidad (ver Tabla 1) y aceptabilidad del sistema (ver Tabla 2) (Bangor, Kortum y Miller, 2008).

Tabla 1. *System Usability Scale (SUS)*: Normas para la clasificación de los sistemas en función de su usabilidad.

SUS: Usabilidad	
0-25	Peor imaginable
25-40	Pobre
40-50	Ok
50-70	Bueno
70-85	Excelente
85-100	Lo mejor imaginable

Tabla 2. *System Usability Scale (SUS)*: Normas para la clasificación de los sistemas en función de su aceptabilidad.

SUS: Aceptabilidad	
0-50	No aceptable
50-70	Marginal
70-100	Aceptable

El instrumento ha sido validado, obteniendo un coeficiente alpha de 0.91 y una correlación significativa de 0.806 entre la SUS y otra medida de facilidad de uso (Bangor, Kortum y Miller, 2009).

Finalmente, en el tercer subapartado se evalúa la *Opinión de los Participantes sobre el Programa en general*. A los pacientes se les pidió que valorasen, de 0 a 10, la utilidad del módulo y de un tratamiento auto-aplicado para los TA que esté compuesto por módulos como el que acababan de ver. También se les preguntó en qué medida les gustaría recibir un tratamiento *online* de esas características. A los terapeutas, por otro lado, aparte de pedirles que valoraran la utilidad del módulo y del programa de intervención, se les preguntó en qué medida recomendarían el uso de módulos *online* como el que acababan de ver a otros profesionales de Psicología Clínica y en qué grado estarían dispuestos a adquirir una licencia para poder utilizar un programa online en su práctica clínica.

Tratamiento

El actual programa de tratamiento auto-aplicado para los TA consiste en una adaptación de un protocolo de TCC previo (Botella, Baños y Guillén, 2008), desarrollado para ser aplicado de forma tradicional, esto es cara a cara, apoyándose en el uso de la Realidad Virtual (RV) (ver Figura 5). En la actualidad ya contamos con datos acerca de su utilidad para el tratamiento de los TA (Andreu-Mateu, 2011; Andreu-Mateu, Botella, Quero, Guillén y Baños, 2012; Baños, Guillén, Quero, García-Palacios y Botella, 2011; Quero, Botella, Andreu-Mateu, Baños y Molés, 2013). Recientemente, para mejorar la eficiencia de este protocolo de tratamiento para los TA, se ha desarrollado un sistema de Terapia Emocional Online (TEO). Este sistema permite aplicar, por primera vez, un componente específico de tareas para casa de forma auto-aplicada a través de Internet (Quero et al., 2011). Resultados preliminares obtenidos hasta la fecha muestran resultados positivos referidos a expectativas y opinión y a eficacia (Molés, 2016; Molés et al., 2015; Quero et al., 2011; Quero et al., 2012).

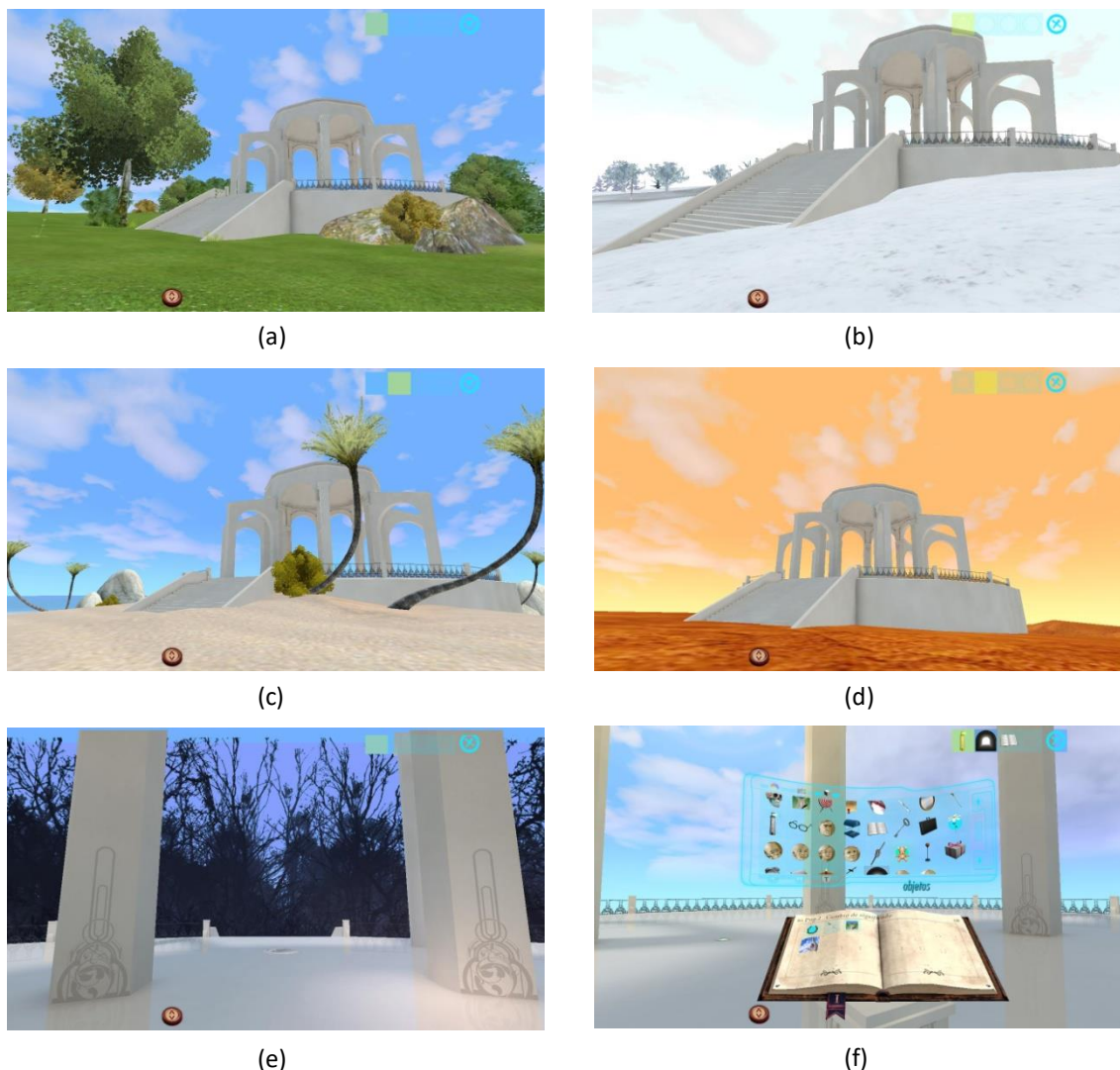








Figura 5. El Mundo de Emma. Se trata de un entorno virtual flexible, capaz de adaptarse a los usuarios que lo utilicen, independientemente del acontecimiento estresante que haya provocado la sintomatología. Entre sus elementos principales destacan los escenarios o paisajes predefinidos, así los usuarios pueden escoger entre un prado (a), un paisaje nevado (b), una playa (c), un desierto (d) y un bosque de zarzas (e), y el Libro de la Vida (f), una herramienta que le permite al usuario a reflejar, procesar y elaborar el acontecimiento estresante que tuvo lugar en su vida a través del uso de símbolos, imágenes, música y sonidos, colores, lemas o proverbios.

Con el objetivo de mejorar la diseminación de este protocolo, se decidió adaptarlo a un formato completamente auto-aplicado, para que así pudiera ser administrado a todas aquellas personas que lo necesitan, independientemente de su localización geográfica. El contenido del protocolo también fue optimizado, incluyendo herramientas y estrategias psicológicas adicionales que, según la experiencia previa del grupo de investigación, podrían beneficiar a los pacientes con TA. El protocolo de tratamiento definitivo, mejorado y optimizado,

incluye los siguientes componentes: psicoeducación, técnicas de manejo de emociones negativas, exposición, técnica de solución de problemas, aceptación y elaboración del acontecimiento negativo y prevención de recaídas. También incluye estrategias de psicología positiva que intentan aumentar la capacidad natural del ser humano para resistir y crecer ante la adversidad. En concreto, se utilizan, por una parte, ejercicios dirigidos a extraer aspectos positivos a partir de lo vivido (Neimeyer, 2000) y, por otra, instruir en el afrontamiento de los problemas, siguiendo para ello los planteamientos de Karl Popper (1995).

El programa final se estructura en 7 módulos (uno de ellos introductorio) (ver Tabla 3) y tiene una duración aproximada de 7 a 10 semanas. Se recomienda realizar un módulo por semana, aunque hay módulos a los que podría resultar útil dedicar más tiempo, y se enfatiza la importancia de avanzar al ritmo de cada paciente y entre la realización de cada módulo dejar tiempo suficiente para repasar el contenido del módulo semanal y realizar las actividades propuestas.

Tabla 3. Estructura del programa.

<i>Módulo</i>	<i>Contenidos</i>
 0. Módulo de Bienvenida: Comenzando este Programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre el contenido de cada módulo. • Recomendaciones para obtener el máximo beneficio del programa.
 1. Entendiendo las reacciones emocionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación sobre los TA y reacciones habituales a los acontecimientos estresantes. • Estrategias para manejar reacciones emocionales: activación comportamental y técnica de la respiración lenta.
 2. Aprendiendo a afrontar las emociones negativas.	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición. • Técnica de resolución de problemas.
 3. Aceptando los problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración/procesamiento del acontecimiento estresante. • Toma de conciencia y aceptación de experiencias personales. • El Libro de la Vida: Aceptación.
 4. Aprendiendo de los problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendiendo de los problemas. • El Libro de la Vida: Confrontación. • Desarrollo de fortalezas psicológicas.
 5. Cambiando el significado de los problemas.	<ul style="list-style-type: none"> • El Libro de la Vida: Cambio de significado. • Desarrollo de actitud positiva hacia los problemas. • La Carta de proyección al futuro y elección de un lema.



6. Prevención de recaídas.

- Revisión de los progresos logrados.
- Elaboración de un plan de acción para hacer frente a los futuros problemas.

El contenido del programa se presenta a los participantes a través de distintos recursos audiovisuales, tales como textos, imágenes, viñetas, vídeos y ejercicios interactivos de *feedback* instantáneo. Los usuarios también pueden descargar el contenido del programa en formato .pdf y así trabajarlo fuera de línea. Todo el lenguaje empleado en el programa ha sido simplificado y también se han clarificado las instrucciones de los ejercicios con el objetivo de que la información proporcionada sea fácilmente comprendida por la mayoría de las personas, independientemente de sus características socio-demográficas.

En cuanto al manejo del sistema, es idéntico al de la mayoría de las páginas Web. En cada página se le indican al usuario las acciones que puede llevar a cabo y se le muestra claramente cómo hacerlo (ver Figura 7).

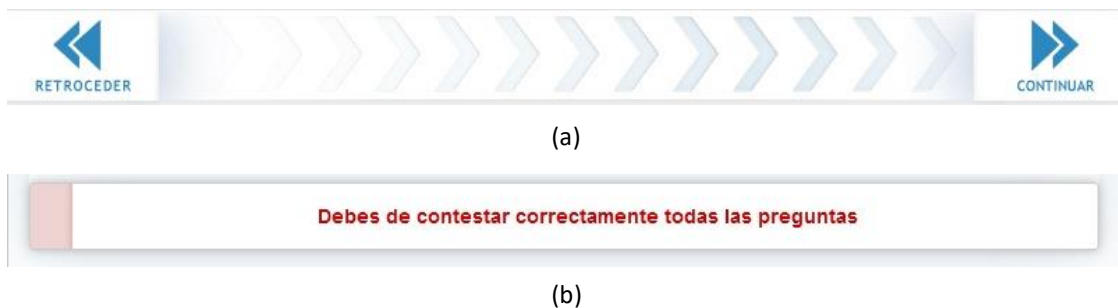


Figura 7. (a) Botones de control de avance y retroceso; (b) Mensaje de error.



Figura 8. Estructura de los módulos.

Además, para facilitar el uso de la plataforma y la comprensión de los distintos contenidos, todos los módulos presentan la misma estructura (ver Figura 8). Cada módulo empieza por un apartado introductorio cuyo objetivo es presentar la agenda del módulo, es decir, aquello que se va a aprender. Después viene el apartado de Contenidos, donde se describen y se explican las técnicas y herramientas psicológicas correspondientes al módulo. Al acabar el apartado anterior, aparecen diferentes ejercicios o actividades dirigidos a practicar y reforzar las estrategias aprendidas. Para facilitar la realización de las actividades el programa dispone de modelos de estos ejercicios completados por personas con TA. Antes de finalizar, hay cuatro preguntas de

autoevaluación de tipo verdadero o falso para que el usuario pueda valorar si le es conveniente repasar mejor algún apartado, después se indican las tareas para casa que se deben realizar antes de continuar adelante y el módulo acaba con un resumen de su contenido.

Tarea experimental

Para evaluar la usabilidad del sistema y la aceptabilidad del programa, tanto por parte de los pacientes con TA como por profesionales clínicos, se decidió darles acceso a uno de los módulos y así brindarles la oportunidad de navegar libremente por su contenido y conocer todos los recursos disponibles. El módulo elegido fue el módulo 3 (*Aceptando los problemas*). Dicho módulo fue valorado como uno de los más interesantes puesto que es donde se empieza a abordar el acontecimiento estresante vivido de una forma más directa. Se trata del módulo en el que se introduce y se inicia el *Libro de la Vida*, herramienta clave para la elaboración, procesamiento y reconstrucción del significado de los acontecimientos estresantes. Dado que hasta el momento esta herramienta nunca se había utilizado sin la guía y apoyo terapéutico, se decidió que era importante evaluar si las instrucciones proporcionadas por el programa eran lo suficientemente claras y comprensibles.

Dos investigadoras del grupo de investigación LabPsiTec Castellón con experiencia en el uso de las TICs en el ámbito de los tratamientos psicológicos fueron las encargadas de realizar los pases experimentales. Para garantizar que la información se hacía llegar de la misma manera a todos los participantes, ambas investigadoras contaban con un guión (ver anexos 8 y 9).

Procedimiento

Todos los participantes aceptaron voluntariamente formar parte del estudio y, antes de realizar la tarea, firmaron el consentimiento informado (ver anexos 1 y 2).

Los pacientes incluidos en el estudio habían acudido previamente al Servicio de Asistencia Psicológica de la Universitat Jaume I solicitando ayuda para aprender a hacer frente a una situación estresante que estaban viviendo. Se realizó una evaluación previa (ver apartado de Medidas) con el objetivo de asegurarse de que todos ellos cumplían los criterios diagnósticos del DSM-5 para un TA y descartar patologías comórbidas. Una vez comprobado el diagnóstico, se les ofreció la posibilidad de participar en el presente estudio.

Por otra parte, se pidió ayuda a psicólogos licenciados. La mayoría de ellos tenían un vínculo laboral con la Universitat Jaume I como personal pre- o post-doctoral, el resto eran alumnos de postgrado en prácticas o profesionales que visitaban el laboratorio con el objetivo de colaborar o conocer las instalaciones y los recursos del grupo.

Los pases experimentales se realizaron de forma individual utilizando las salas de terapia del Laboratorio de Psicología y Tecnología (LabPsiTec) de Castellón que contaban con un ordenador (portátil o de sobremesa) con acceso a Internet. A los participantes se les citaba en un día y hora determinados indicando que el experimento iba a durar aproximadamente una hora. Cada pase empezaba por la presentación del estudio, para ello se les leía a los participantes la descripción del mismo incluida en los anexos 1 y 2. Posteriormente, en caso de estar de acuerdo con dicho estudio, se les pedía a los participantes que firmaran el consentimiento informado (incluido en los mismos anexos). Una vez firmado el consentimiento, el investigador

encargado le describía al participante la tarea, siguiendo para ello el guión incluido en los anexos 8 y 9, y luego le dejaba a solas.

Una vez el participante finalizaba la tarea, se revisaba el cuadernillo de respuestas para comprobar que la persona no había dejado preguntas sin responder. En el caso de los participantes que formaban parte del grupo de profesionales de Psicología Clínica el experimento finalizaba aquí, mientras que los pacientes con TA todavía tenían que contestar una pregunta más (ver anexo 7). Esta pregunta se contestaba de forma oral y la respuesta de cada participante se grababa en una grabadora de voz, tras haber firmado previamente la *hoja de consentimiento informado de grabación en audio/vídeo*.

Resultados

Resultados cuantitativos

Opinión sobre el módulo

En la Tabla 4 se pueden observar los datos cuantitativos proporcionados por los participantes. Como se puede apreciar, tanto el módulo como los contenidos multimedia fueron bien valorados por los participantes de ambas muestras. Las medias para las variables positivas (utilidad, lógica, interés y claridad) fueron superiores a 7.43 en pacientes clínicos y a 7.53 en profesionales de Psicología Clínica. En cuanto a las variables negativas (dificultad y necesidad de ayuda de un terapeuta), las medias fueron inferiores a 2.86 en el primer caso y a 3.93 en el segundo, habiendo considerado los psicólogos clínicos la ayuda de un terapeuta más necesaria que los pacientes. En lo que se refiere a los diferentes recursos audiovisuales incluidos en el sistema, los vídeos fueron considerados como los elementos más útiles tanto por los pacientes como por los clínicos.

Tabla 4. Medias y desviaciones típicas de la subescala *Opinión sobre el módulo*.

		Pacientes	Clínicos
Utilidad del contenido	Para ayudar a pacientes con TA.	7.43 (1.40)	9.20 (1.01)
	Para hacer frente a otros problemas psicológicos.	7.71 (1.25)	8.47 (1.69)
Características del contenido	Lógico	8.57 (0.79)	9.47 (0.52)
	Pesado y/o difícil	2.86 (2.55)	2.33 (2.50)
	Ameno y/o interesante	7.86 (1.07)	7.53 (1.51)
	Claro y/o comprensible	8.14 (1.57)	8.93 (0.80)
	Necesidad de ayuda externa para comprenderlo	2.00 (1.30)	3.93 (3.08)
Calificación global	Módulo " <i>Aceptando los problemas</i> "	8.00 (0.82)	8.67 (0.72)
	Contenidos multimedia	8.29 (1.38)	8.13 (0.99)
Utilidad de los recursos audiovisuales	Textos	8.14 (1.46)	8.33 (1.11)
	Imágenes	8.14 (1.07)	8.33 (1.40)
	Viñetas	7.71 (1.25)	8.47 (1.30)
	Vídeos	8.57 (1.40)	8.93 (1.03)

Usabilidad del sistema

El programa se situó en la categoría más alta de usabilidad y aceptabilidad, siendo la media obtenida en la SUS de 88.93 (DT=5.37) en el caso de pacientes con TA y de 91.67 (DT=6.03) en el caso de psicólogos clínicos. Las puntuaciones totales individuales en la escala fueron de 82.50 a 92.50 y de 80.00 a 100.00, en las dos muestras respectivamente.

Opinión sobre el programa

Pacientes

En la Tabla 5 se presentan los datos referidos a la opinión de los pacientes sobre el programa. Seis de los siete participantes valoraron el programa como una opción de tratamiento interesante y que podía resultar útil. Un participante, sin embargo, indicó que todavía no estaba seguro, por lo que respondió 5 en cada una de las tres preguntas.

Tabla 5. Medias, desviaciones típicas y los rangos de puntuaciones de los pacientes en la subescala *Opinión sobre el programa*.

	M (DT)	Rango puntuaciones
¿En qué medida crees que la utilización de módulos online como este que has visto pueden ayudar a personas con problemas similares al tuyo?	7.86 (1.86)	5 – 10
¿En qué medida te gustaría recibir un tratamiento online que incluya módulos como el que acabas de ver para el problema por el que has pedido ayuda?	7.71 (1.98)	5 – 10
¿En qué medida crees que puede resultar útil un tratamiento totalmente auto-aplicado que incluya módulos como el que acabas de ver para resolver problemas similares al tuyo?	8.00 (2.00)	5 – 10

Clínicos

En la Tabla 6 aparecen los datos referidos a la opinión de los clínicos sobre el programa. En general todos pensaron que programas como TAO podían ser útiles para el tratamiento de los TA. Indicaron que recomendarían su uso a otros profesionales del campo de Psicología Clínica e incluso estarían interesados en adquirir la licencia para poder utilizar el programa en su práctica clínica. Sólo una persona indicó que, aunque el uso de módulos online le parecía una

idea atractiva y que podía resultar útil para los pacientes, pensaba que una intervención completamente auto-aplicada a través de Internet no era suficiente para ayudar a los pacientes.

Tabla 6. Medias, desviaciones típicas y los rangos de puntuaciones de los clínicos en la subescala *Opinión sobre el programa*.

	M (DT)	Rango puntuaciones
¿En qué medida crees que la utilización de módulos online como este que has visto pueden ayudar a pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo?	8.53 (0.99)	7 – 10
¿En qué medida recomendarías el uso de módulos online como este que has visto a otros profesionales de Psicología Clínica?	8.80 (1.32)	6 – 10
¿En qué medida crees que puede resultar útil un tratamiento auto-aplicado para los trastornos adaptativos que incluya módulos como el que acabas de ver?	8.13 (2.10)	2 – 10
¿En qué medida estarías dispuesto a adquirir una licencia para poder utilizar en tu práctica clínica un programa que incluya módulos como el que acabas de ver?	8.13 (1.51)	4 – 10

Resultados cualitativos

La información cualitativa proporcionada por los participantes en las 3 preguntas de respuesta abierta se presenta a continuación agrupada en dos subapartados: aspectos positivos y propuestas de mejora. La misma información resumida se puede ver en la Tabla 7.

Pacientes

Aspectos positivos: Los vídeos incluidos en el sistema fueron el recurso favorito de todos los participantes. Los pacientes destacaron que aprender el contenido terapéutico a través de los vídeos les resultaba más cómodo e interesante que hacerlo leyendo.

Otro aspecto destacado por la mayoría fue la claridad de la narrativa de los vídeos y del texto escrito. Indicaron que tanto la explicación como las instrucciones fueron fáciles de comprender y de seguir. La disponibilidad de ejemplos sobre cómo realizar los distintos ejercicios fue también muy bien valorada por los participantes, quienes indicaron que se sentían capaces de hacerlos sin necesidad de una ayuda externa.

Tres de los participantes también valoraron de forma positiva el contenido del módulo, el enfoque que se daba a los problemas, y el *Libro de la Vida*, la principal herramienta terapéutica del módulo.

Propuestas de mejora:

- Reducir todavía más la cantidad del texto escrito y sustituirlo por vídeos.
- Los vídeos excesivamente largos (con una duración superior a 3 minutos) fueron valorados como más pesados.
- Poder registrar la realización de las actividades dentro del sistema, dado que el programa en su formato actual no permite hacerlo e indica hacerlo fuera del sistema.

Dos de los participantes indicaron que preferían recibir una intervención cara a cara dado que la presencia de una persona (terapeuta) les facilitaba el desahogo emocional.

Clínicos

Aspectos positivos: Al igual que los pacientes, los clínicos valoraron de forma muy positiva la inclusión de los vídeos. También destacaron la importancia del contenido abordado en el módulo, así como el uso de un lenguaje claro y fácil de entender. La presencia de los ejemplos y la inclusión de pautas claras y específicas para la realización de las tareas fueron muy bien recibidos, dado que, en su opinión, facilitaban el trabajo autónomo de los pacientes.










En general, todos indicaron que les había gustado el módulo. Lo encontraron muy completo y con elementos multimedia (imágenes y viñetas) bien escogidos, que conseguían enriquecer el texto y el sistema en sí. Todos los contenidos y los ejercicios estaban bien integrados, por lo que se transmitían bien los objetivos del módulo y el trabajo a realizar en el mismo.

Propuestas de mejora:

- Diez de los quince clínicos indicaron que un sistema más interactivo resultaría más atractivo y cómodo. Opinaban que sería interesante poder introducir y guardar el contenido en el mismo sistema, sin tener que descargar nada (a no ser que se quiera hacer).
- La mayoría de los clínicos encontraron uno de los vídeos (de 4 minutos y 49 segundos de duración) excesivamente largo. Para evitar que el paciente tuviera que parar el vídeo constantemente, proponían dividirlo en vídeos muy cortos o indicar que posteriormente podrían descargar un documento con toda esta información.
- Al igual que los pacientes, opinaban que la realización del módulo sería más amena si se reducía todavía más la cantidad del texto escrito, presentando esta información a través de vídeos.
- Los clínicos también indicaron la importancia de proporcionar más mensajes de refuerzo y motivación a los participantes. La inclusión de una barra de progreso también podía ser interesante para que el usuario sepa cuánto le queda para finalizar el módulo.
- Dos clínicos indicaron que habían encontrado algunos términos que, dependiendo del nivel cultural del usuario, podían dificultar la comprensión del contenido. Opinaban que esa terminología debía ser sustituida por el lenguaje más sencillo o acompañarse de una explicación. También indicaron que echaron en falta ejemplos para determinadas partes del contenido.
- Algunos participantes indicaron que les habría gustado que ciertos componentes del programa fueran más atractivos: títulos más breves, colores más vivos, la voz incluida en los vídeos menos neutra o el formato del *Libro de la vida* más parecido al de un libro.

Sólo un clínico indicó que consideraba la presencia o apoyo de un terapeuta imprescindible para el tratamiento de los TA.

Tabla 7. Valoración cualitativa del programa TAO. Aspectos positivos del programa y propuestas de mejora indicados por pacientes y clínicos.

	Pacientes	Clínicos
Aspectos positivos	 Vídeos  Claridad  Ejemplos  Contenido  Herramientas incluidas	 Vídeos  Claridad  Contenido  Ejemplos  Recursos multimedia acordes al contenido  Buena integración del contenido y diferentes técnicas
Propuestas de mejora	 Cantidad de texto escrito  Longitud de los vídeos  Interactividad del sistema	 Interactividad del sistema  Longitud de los vídeos  Cantidad de texto escrito  Mensajes de ánimo y refuerzo  Terminología  Falta de ejemplos  Atractivo visual

Discusión

Los resultados de este trabajo, aunque preliminares, indican que el programa TAO ha sido bien recibido tanto por los pacientes con TA como por los clínicos. Por una parte, el contenido y los elementos incluidos en el sistema fueron valorados por encima de 7 (en una escala de 0 a 10) por ambos grupos. Los participantes encontraron el contenido lógico, interesante y fácilmente comprensible sin necesidad de una ayuda externa. En general, les había gustado tanto el módulo visto durante el pase experimental como los contenidos multimedia incluidos en el mismo, siendo los vídeos el recurso audiovisual considerado más útil por ambos grupos. La inclusión de este recurso podría suponer, por tanto, un punto fuerte de nuestro programa TAO frente a los otros dos programas para el tratamientos de los TA mencionados previamente (Bachem y Maercker, 2016; Skruibis et al., 2016).

Por otra parte, los resultados obtenidos acerca de la usabilidad del sistema (es decir, la facilidad del uso del programa), valorada con uno de los instrumentos más utilizados para obtener la retroalimentación de los clientes sobre la experiencia de uso de las páginas web, la *System Usability Scale*, mostraron que tanto los pacientes como los clínicos clasificaron TAO en el grupo de máxima usabilidad y aceptabilidad (*lo mejor imaginable*), indicando que el programa era muy intuitivo y de fácil manejo.

En cuanto a la valoración de la utilidad de programas auto-aplicados como TAO, los pacientes en general valoraron de forma positiva esta opción de tratamiento y mostraron interés en recibir la intervención. Sin embargo, tal y como se ha mencionado antes, dos de los siete pacientes indicaron que preferían recibir una intervención en formato tradicional, por lo que se les proporcionó tratamiento cara a cara. No obstante, cabe señalar aquí que estos dos participantes fueron los únicos que habían recibido tratamiento psicológico presencial para otros problemas psicológicos en el pasado. Este resultado indica que podría haber relación entre el interés en un determinado formato de tratamiento y la aceptación de una intervención, por

lo que iría en la misma línea que los encontrados en la literatura (Mohr et al., 2010). Estos autores después de examinar el grado de interés en recibir tratamiento presencial, por teléfono o a través de Internet, en una amplia muestra de personas que habían acudido a su centro de Medicina Interna, encontraron que un mayor interés en recibir tratamiento para un problema mental estaba asociado con un mayor interés en recibir tratamiento presencial o por teléfono. Los autores interpretaron que este hallazgo podía deberse a la poca familiaridad de los pacientes con los tratamientos auto-aplicados a través de Internet. Dicha falta de información les hacía pensar que este tipo de intervenciones no eran eficaces para la mayoría de las personas. Esta interpretación se asemeja a lo manifestado por los dos participantes de nuestro estudio que rechazaron recibir TAO. A pesar de haber valorado el programa como útil para ayudarles a superar el acontecimiento estresante que estaban viviendo, consideraron que una intervención cara a cara sería más beneficiosa en su caso. Lejos de ser un resultado desalentador, consideramos que es importante tener en cuenta estas diferencias individuales. En nuestra opinión, el objetivo de los TPC auto-aplicados no es sustituir a los tratamientos presenciales, sino mejorar la diseminación de los TPBE y proporcionar ayuda de calidad a personas que de otra forma no la recibirían. De hecho, en el mismo estudio citado antes, Mohr et al. hallaron un mayor interés por intervenciones a distancia (teléfono e Internet) en personas con menos recursos económicos.

Los clínicos también valoraron positivamente tanto el uso de módulos *online* como de intervenciones auto-aplicadas para el tratamiento de los TA. Así, indicaron que recomendarían su uso a otros profesionales de la Psicología Clínica y que estarían dispuestos a adquirir una licencia para poder utilizar un programa como TAO en su práctica clínica. Sin embargo, en este punto debemos recordar que aproximadamente la mitad de los clínicos que participaron en este estudio se dedicaban al uso y desarrollo de TPC, por lo que los resultados podrían estar de alguna manera sesgados. De hecho, uno de los psicoterapeutas ajenos al área de intervenciones *online* indicó que consideraba esencial la figura de un terapeuta, aunque solo fuera en forma de apoyo

semanal. En consecuencia, en futuros estudios de opinión y aceptación de tratamientos online sería necesario incluir a psicólogos clínicos que no estén familiarizados con el uso de TPC.

La aceptación de los TPC por parte de los profesionales de la salud mental es una barrera importante que tendrán que superar estos tratamientos antes de pasar a ser reconocidos como recursos de calidad para la prevención y tratamiento de los trastornos mentales. Diferentes factores pueden influir en el grado de aceptación de los TPC, entre ellos la orientación teórica del profesional o su familiaridad con este tipo de intervenciones (Perle et al., 2013). Diferentes estudios coinciden en que la tasa de aceptación de los TPC es mayor entre los terapeutas de enfoque cognitivo-conductual (Mora, Nevid y Chaplin, 2008; Perle et al., 2013). Sin embargo, los profesionales, independientemente de su orientación teórica, son en general reacios al uso de materiales de auto-ayuda, sobre todo como alternativa al tratamiento presencial (Nordgreen y Havik, 2011). Esto se ha podido observar también en los resultados de nuestro estudio, al ser valorada la ayuda de un terapeuta como más necesaria por los clínicos que por los pacientes.

En cuanto a los factores que podrían motivar el uso de los TPC auto-aplicados a través de Internet, tanto los pacientes como los clínicos valoraron como importantes las mismas características del sistema. La presencia de grandes cantidades de texto fue percibida como aburrida y pesada por los participantes. En su lugar, preferían más vídeos didácticos, dado que requerían menos esfuerzo y necesidad de trabajo por su parte. La longitud de los vídeos también resultó ser un factor importante. Los participantes de ambas muestras indicaron que vídeos excesivamente largos (más de 3 o 4 minutos) podían llevar al aburrimiento y pérdida de concentración.

La inclusión de ejemplos, lenguaje sencillo y pautas claras fueron también destacados como factores importantes dado que ayudaban a los usuarios a seguir y comprender el contenido, así como a poner en práctica las actividades que planteaba el programa sin necesidad

de la ayuda de un terapeuta. Esto es muy importante dado que la realización de estas actividades es esencial para que el cambio clínico tenga lugar.

El contenido del programa también fue mencionado por los participantes de ambos grupos. Los pacientes destacaban sobre todo el hecho de que el contenido abordado les parecía interesante y útil para ayudarles en su mejoría. Los clínicos, además, indicaban que la buena integración de diferentes contenidos del programa así como la inclusión de recursos multimedia acordes al contenido al que hacían referencia, también era una característica positiva del programa TAO.

Por último, pero no por ello menos importante, todos los participantes manifestaron que les habría gustado que el programa fuera más interactivo. Por ejemplo, que permitiera registrar y guardar la realización de las actividades en el propio sistema y que fuera capaz de proporcionar mayor *feedback* y refuerzo a los usuarios. Según la opinión de los clínicos, la inclusión de videojuegos también podría hacer el programa más atractivo y motivar la adherencia al mismo. La barra de progreso, los colores y el atractivo visual de algunos elementos del sistema también fueron mencionados por algunos profesionales.

En suma, los resultados de este trabajo sugieren que hay ciertos aspectos que deben tenerse en cuenta a la hora de desarrollar un TPC. Para motivar el uso continuo del programa y así obtener el cambio conductual deseado, no es suficiente que el contenido terapéutico sea relevante. El programa debe resultar ameno e interesante al usuario. La inclusión de recursos audiovisuales como vídeos puede ayudar a conseguir este objetivo. Mayor interactividad del programa, así como la claridad del contenido y la disponibilidad de ejemplos son también bien valorados por los usuarios, y puede que sean la clave para conseguir que la reducción del contacto con un terapeuta no influya en la eficacia del programa de intervención.

Tampoco se deben olvidar los aspectos relacionados con la usabilidad del sistema. Aunque los pacientes no mencionaron nada al respecto en la valoración cualitativa,

consideramos que la sencillez y la facilidad de uso de un programa son esenciales, sobre todo para usuarios poco familiarizados con las nuevas tecnologías. Hay trabajos que respaldan esta teoría. Así, se encontró que una estructura de navegación desorganizada y el uso del lenguaje demasiado técnico podía influir en que los usuarios continuaran utilizando el programa (Brouwer et al., 2009).

Sin duda el estudio presenta ciertas limitaciones que deben tenerse en cuenta de cara a la generalización de los resultados. En primer lugar, la muestra de ambos grupos fue muy pequeña y, en caso del grupo de clínicos, demasiado homogénea. Sería interesante volver a realizar el estudio con más participantes e incluyendo profesionales del área de Psicología Clínica, como se ha mencionado anteriormente, no tan vinculados al uso de tratamientos *online*.

La deseabilidad social también podía haber influido en la valoración del programa y en los resultados obtenidos en este trabajo. Es posible que responder y enviar las respuestas de forma anónima a través de una encuesta *online* permitiría obtener datos menos sesgados.

Aun así, el trabajo realizado ha sido sin duda novedoso y aporta conocimiento al campo de los TPC. Hasta el momento las investigaciones en este campo se dirigieron más a la validación de los distintos programas de tratamiento, centrándose para ello en los distintos índices de eficacia (por ejemplo, la reducción de la sintomatología clínica). A pesar de que existen en la literatura algunos estudios de aceptación de programas computerizados (p.ej., Botella et al., 2009; Botella et al., 2016; Botella, Quero, Serrano, Baños y García-Palacios, 2009), que tengamos noticias, es la primera vez que se investigan las características concretas de un programa de tratamiento psicológico auto-aplicado a través de Internet para los TA que podrían estar influyendo en la satisfacción de los usuarios que lo utilizan, en este caso pacientes y clínicos.

Sin duda, todavía hacen falta más estudios que sigan aportando evidencias en este campo, mejorando las limitaciones del presente estudio. Sólo desarrollando programas de tratamiento bien aceptados, capaces de promover y mantener una adecuada adherencia al

tratamiento, será posible aprovechar el máximo el potencial de los TPC para reducir la carga actual de las enfermedades mentales.

Referencias

- Adelman, C.B., Panza, K.E., Bartley, C.A., Bontempo, A. y Bloch, M.H. (2014). A meta-analysis of computerized cognitive-behavioral therapy for the treatment of DSM-5 anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(7), 695-704. doi: 10.4088/JCP.13r08894
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (5ª Ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Andersson, G. y Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), 196-205.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H. y Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295.
- Andreu-Mateu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: Análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Universitat Jaume I. Castellón de la Plana, España.
- Andreu-Mateu, S., Botella, C., Quero, S., Guillén, V. y Baños, R. M. (2012). El tratamiento de los trastornos adaptativos: cuando el estímulo estresante sigue presente. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 20, 323-348.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M., McEvoy, P. y Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 5(10), e13196.
- Andrews, G., Newby, J.M. y Williams, A.D. (2015). Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders is here to stay. *Current Psychiatry Reports*, 17, 533-538.
- Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E. y Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: A systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS ONE*, 9(5). <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0098118>
- Bachem, R. y Maercker, A. (2016). Self-help interventions for adjustment disorder problems: A randomized waiting-list controlled study in a sample of burglary victims. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6073(October), 1-17. <http://doi.org/10.1080/16506073.2016.1191083>
- Bangor, A., Kortum, P. y Miller, J. (2009). Determining what individual SUS scores mean: Adding an adjective rating scale. *Journal of Usability Studies*, 4(3), 114-123. <http://doi.org/66.39.39.113>
- Bangor, A., Kortum, P. T. y Miller, J. T. (2008). An Empirical Evaluation of the System Usability Scale. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 24(March 2015), 574-594. <http://doi.org/10.1080/10447310802205776>
- Baños, R. M., Guillén, V., Quero, S., García-Palacios, A. y Botella, C. (2011). A virtual reality system for the treatment of stress-related disorders: A preliminary analysis of efficacy compared to a standard cognitive. *International Journal of Human-Computer Studies*,

69, 602-613.

Baumeister, H., Nowoczin, L., Lin, J., Seifferth, H., Seufert, J., Laubner, K. y Ebert, D. D. (2014). Impact of an acceptance facilitating intervention on diabetes patients' acceptance of Internet-based interventions for depression: A randomized controlled trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 105(1), 30–39.

<http://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.04.031>

Baumeister, H., Seifferth, H., Lin, J., Nowoczin, L., Lüking, M. y Ebert, D. D. (2014). Impact of an Acceptance Facilitating Intervention on Patients' Acceptance of Internet-based Pain Interventions - A Randomised Controlled Trial. *The Clinical Journal of Pain*, 31(6), 528–535. <http://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000118>

Botella, C., Baños, R. M. y Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada*. Bilbao: DDB.

Botella, C., Gallego, M. J. J., García-Palacios, A., Baños, R. M. M., Quero, S. y Alcañiz, M. (2009). The acceptability of an Internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 297–311.

<http://doi.org/10.1080/03069880902957023>

Botella, C., Mira, A., Moragrega, I., García-Palacios, A., Bretón-López, J., Castilla, D., ... Baños, R. M. (2016). An internet-based program for depression using activity and physiological sensors: Efficacy, expectations, satisfaction, and ease of use. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 393–406. <http://doi.org/10.2147/NDT.S93315>

Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R.M. y García-Palacios, A. (2009). Avances en los tratamientos psicológicos: la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Anuario de Psicología / The UB Journal of Psychology*, 40(2), 155–170. Retrieved from <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/143103>

Brooke, J. (1986). *System Usability Scale (SUS): A Quick-and-Dirty Method of System Evaluation User Information*. Reading, UK: Digital Equipment Co Ltd.

Brouwer, W., Oenema, A., Crutzen, R., Nooijer, J. de, Vries, N. K. de y Brug, J. (2009). What makes people decide to visit and use an internet-delivered behavior-change intervention?: A qualitative study among adults. *Health Education*, 109(6), 460–473. <http://doi.org/10.1108/09654280911001149>

Calvo, E. (2009). Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Recuperado de <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146662.pdf>

Casey, P. (2014). Adjustment Disorder: New Developments. *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 451. <http://doi.org/10.1007/s11920-014-0451-2>

Casey, P., Jabbar, F., O'Leary, E. y Doherty, A. M. (2015). Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 174, 441–6. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.003>

Cheng, S. K. y Dizon, J. (2012). Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(4), 206–216. <http://doi.org/10.1159/000335379>

- Civiljak, M., Stead, L.F., Hartmann-Boyce, J., Sheikh, A. y Car, J. (2014). Internet-based interventions for smoking cessation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD007078.
- Cranen, K., Veld, R. H., Ijzerman, M. y Vollenbroek-Hutten, M. (2011). Change of Patients' Perceptions of Telemedicine After Brief Use. *Telemedicine and E-Health*, 17(7), 530–535. <http://doi.org/10.1089/tmj.2010.0208>
- Cuijpers, P., Donker, T., Johansson, R., Mohr, D. C., van Straten, A. y Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a metaanalysis. *PLoS One*, 6, e21274.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J. y Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957.
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Ritchie, P. y Maj, M. (2013). WHO-IUPsyS Global Survey, 48(3), 177–193.
- Ferrer, L. y Kirchner, T. (2014). Suicidal tendency in a sample of adolescent outpatients with adjustment disorder: Gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1342–1349. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.017>
- Gun, S. Y., Titov, N. y Andrews, G. (2011). Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 19(3), 259–264. <http://doi.org/10.3109/10398562.2011.562295>
- Jorm, A. F. y Griffiths, K. M. (2006). Population promotion of informal self-help strategies for early intervention against depression and anxiety. *Psychological Medicine*, 36(1), 3–6. <http://doi.org/10.1017/S0033291705005659>
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L.G. y Havik, O.E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32, 425-445.
- Hedman, E., Ljotsson, B. y Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost- effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 12, 745–764.
- Kazdin, A. E. (2014). Evidence-based psychotherapies II: changes in models of treatment and treatment delivery. *South African Journal of Psychology*. doi:10.1177/0081246314538733
- Maercker, A., Bachem, R. C., Lorenz, L., Moser, C. T. y Berger, T. (2015). Adjustment Disorders Are Uniquely Suited for eHealth Interventions: Concept and Case Study. *JMIR Mental Health*, 2(2), e15. <http://doi.org/10.2196/mental.4157>
- Maercker, A., Bachem, R.C. y Simmen-Jannevska, K. (2015). Adjustment disorders. En Robin L. Cautin y Scott O. Lilienfeld (Eds.), *Encyclopedia of clinical psychology* (Vol. 1) (pp. 75-81). Chichester: Wiley-Blackwell. doi:10.1002/9781118625392.wbecp332
- Mitchell, N. y Gordon, P. K. (2007). Attitudes towards computerised CBT for depression amongst a student population. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 421–430. <http://doi.org/10.1017/S1352465807003700>

- Mohr, D. C., Siddique, J., Ho, J., Duffecy, J., Jin, L. y Fokuo, J. K. (2010). Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(1), 89–98. <http://doi.org/10.1007/s12160-010-9203-7>
- Molés, M. (2016). *Eficacia diferencial de dos formas de aplicación de las tareas para casa en el tratamiento de los Trastornos Adaptativos: Aplicación apoyada por las TICs versus aplicación de forma tradicional*. Tesis doctoral, Universitat Jaume I, Castellón de la Plana.
- Molés, M., Quero, S., Andreu-Mateu, S., Botella, C. y Baños, R.M. (2011). Desarrollo de una entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos. *Fòrum de recerca*, 16, 1049-1069.
- Molés, M., Quero, S., Campos, D., Nebot, S., Rachyla, I. y Botella, C. (2015, Marzo). *Acceptability of an emotional therapy system (TEO) for delivering homework in the treatment of adjustment disorders*. Poster presentado en 13th International Conference on e-Society (ES 2015). Portugal.
- Molés, M., Quero, S., Pérez-Ara, M.A. y Botella, C. (2013, Mayo). *Preferences and Opinion about an Emotional Therapy System (TEO) for the treatment of Adjustment Disorders*. Poster presentando en 6th International Society for Research and Intervention (ISRII). Chicago. Illinois (USA).
- Mora, L., Nevid, J. y Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computers in Human Behavior*, 24(6), 3052–3062. <http://doi.org/10.1016/j.chb.2008.05.011>
- Musiat, P., Goldstone, P. y Tarrier, N. (2014). Understanding the acceptability of e-mental health—attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiatry*, 14(1), 109. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-109>
- Neimeyer, R.A. (2000). *Lessons of Loss*. Keystone Heights, Florida: PER (traducción española Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo. Barcelona: Paidós, 2002).
- Nordgreen, T. y Havik, O. E. (2011). Use of self-help materials for anxiety and depression in mental health services: A national survey of psychologists in Norway. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(2), 185–191. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0022729>
- Organización Mundial de Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. [http://doi.org/978 92 4 350602 9](http://doi.org/978_92_4_350602_9)
- Perle, J. G., Langsam, L. C., Randel, A., Lutchman, S., Levine, A. B., Odland, A. P., ... Marker, C. D. (2013). Attitudes Toward Psychological Telehealth: Current and Future Clinical Psychologists' Opinions of Internet-Based Interventions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 100–113. <http://doi.org/10.1002/jclp.21912>
- Popper, K.L. (1995). *La responsabilidad de vivir. Escritos sobre política, historia y conocimiento*. Barcelona: Paidós.
- Quero, S., Botella, C., Andreu-Mateu, S., Baños, R.M. y Molés, M. (2013, Noviembre). *An Adaptive Virtual Reality System for the Treatment of Adjustment Disorder: 12-month Follow-up Efficacy data*. Simposio realizado en 47th Annual Convention ABCT's. Nashville (EE.UU).
- Quero, S., Molés, M., Pérez, M.A., Botella, C., y Baños, R.M. (2012). An online emotional system to deliver homework assignments for treating adjustment disorders. En B.K.

- Wiederhold y G. Riva (Eds.), *Annual review of cybertherapy and telemedicine 2012*. (Vol. 181, pp. 273-278). Amsterdam: Interactive Media Institute e IOS Press. ISBN:978-1-61499-120-5.
- Quero, S., Pérez-Ara, M.A., Botella, C., Herrero, R., Molés, M., Andreu-Mateu, S. y Baños, R.M. (2011). *Acceptability of an Online Emotional Therapy System to apply homework assignments in adjustment disorder: A case study*. III Workshop on Technology for Healthcare and Healthy Lifestyle, 2011. Valencia: Ciudad Politécnica de la Innovación (<http://www.tsb.upv.es/wths2011>). ISBN: 9 788469 508220.
- Richards, D. y Richardson, T. (2012) Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32, 329-42.
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke S., Wiers, R., Eber, D., Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PLoS ONE* 9, e99912
- Ritterband, L.M., Thorndike, F.P., Gonder-Frederick, L.A., Magee, J.C., Bailey, E.T., Saylor, D.K. y Morin, C.M. (2009). Efficacy of an Internet-based behavioral intervention for adults with insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 66, 692–698.
- Skruibis, P., Eimontas, J., Dovydaitiene, M., Mazulyte, E., Zelviene, P. y Kazlauskas, E. (2016). BADI: protocol of a randomized controlled trial evaluating internet-based modular program for adjustment disorder. *BMC Psychiatry*, 1–7. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0980-9>
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J. y Pop, V. (2007) Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta- analysis. *Psychol Med*, 37(3), 319–328.
- Strain, J. J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 121–130. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.10.002>
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 18-23.
- Waller, R. y Gilbody, S. (2009). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychol Med*, 39(5), 705–712. <http://doi.org/10.1017/S0033291708004224>

ANEXOS

Anexo 1. Hoja de consentimiento informado (versión pacientes).

ANTES DE EMPEZAR

Estimado/a participante, ¡Bienvenido/a al programa *Trastornos Adaptativos Online (TAO)*!

En primer lugar, queremos agradecer tu participación en este estudio cuyo objetivo consiste en evaluar tu opinión sobre uno de los módulos del Protocolo TAO, un programa de tratamiento totalmente auto-aplicado para los trastornos adaptativos.

Lee con atención lo que viene a continuación, es **la explicación del estudio**:

Tu participación en el estudio implica el acceso a uno de los módulos del programa *Trastornos Adaptativos Online (TAO)*. Este programa ha sido diseñado para poder ser realizado desde casa, de una forma completamente auto-aplicada a través de Internet. Su objetivo es ayudar a las personas que lo utilicen a superar los acontecimientos estresantes que han tenido lugar en sus vidas, que aprendan de lo sucedido y que salgan fortalecidas de la experiencia, fomentando su desarrollo y crecimiento personal. TAO consta de 6 módulos. En cada módulo se aprenden diferentes técnicas muy potentes que ayudan a hacer frente al malestar y adaptarse de manera más flexible a las situaciones complicadas que puedan aparecer en nuestro día a día.

Antes de presentarte el módulo, te pediremos que contestes unas preguntas que recogen información personal de los participantes, esta información únicamente se utilizará para fines científicos. A continuación, te daremos acceso al módulo 3 del programa TAO, llamado *Aceptando los problemas*. Tendrás el tiempo que necesitas para ver el módulo y revisar todo el material que incluye. Al finalizar, te pediremos que respondas a unas preguntas. El tiempo requerido para revisar el módulo y cumplimentar todos los instrumentos es de aproximadamente 1 hora.

Ahora lee también esta información, es el **consentimiento informado** que aceptarás si continúas adelante:

Acepto de manera libre mi participación en el estudio de aceptación de *TAO*. Entiendo la naturaleza y el propósito de los procedimientos que entraña el presente estudio y que se me han comunicado previamente. Entiendo que la investigación está diseñada para promover el conocimiento científico y que la Universitat Jaume I de Castellón usará los datos que yo le proporcione sólo y exclusivamente para esta investigación. Entiendo que los datos que proporcione serán considerados como confidenciales. Mi nombre o cualquier otra información no se harán públicos en ninguna presentación o publicación de la investigación. El procesamiento y uso de mis datos anónimos se llevará a cabo y se almacenará en papel y en formato electrónico durante 15 años. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación y sin ningún tipo de inconveniente para mí. Entiendo que la Universitat Jaume I de Castellón puede usar los datos recogidos en este proyecto para un proyecto de investigación posterior pero que las condiciones bajo las cuales he proporcionado la información seguirán siendo las mismas.

Si has decidido que quieres responder a los cuestionarios y formar parte del estudio, por favor, indica tu nombre y firma a continuación.

Nombre y apellidos (EN MAYÚSCULAS):

DNI:

Castellón, ____ de _____ del 2016

Firma del participante:

Anexo 2. Hoja de consentimiento informado (versión clínicos).

ANTES DE EMPEZAR

Estimado/a participante, ¡Bienvenido/a al programa *Trastornos Adaptativos Online (TAO)*!

En primer lugar, queremos agradecer tu participación en este estudio cuyo objetivo consiste en evaluar tu opinión como psicólogo clínico sobre uno de los módulos del Protocolo TAO, un programa de tratamiento totalmente auto-aplicado mediante Internet que está dirigido a personas con diagnóstico de trastorno adaptativo. Esto es, personas que han sufrido acontecimientos vitales estresantes (por ejemplo, problemas laborales, ruptura de pareja, enfermedad propia o de un ser querido) y, como consecuencia, han desarrollado ciertos síntomas emocionales (ansiedad, inquietud, estado de ánimo depresivo, llanto, etc.) que les perturban y que hacen que experimenten dificultades o incluso se sientan incapaces de afrontar tareas cotidianas que antes realizaban con normalidad.

Lee con atención lo que viene a continuación, es la **explicación del estudio**:

Tu participación en el estudio implica el acceso a uno de los módulos del programa *Trastornos Adaptativos Online (TAO)*. Este programa ha sido diseñado para poder ser realizado desde casa, de una forma completamente auto-aplicada a través de Internet. Su objetivo es ayudar a las personas que lo utilicen a superar los acontecimientos estresantes que han tenido lugar en sus vidas, que aprendan de lo sucedido y que salgan fortalecidas de la experiencia, fomentando su desarrollo y crecimiento personal. TAO consta de 6 módulos. En cada módulo se aprenden diferentes técnicas muy potentes que ayudan a hacer frente al malestar y adaptarse de manera más flexible a las situaciones complicadas que puedan aparecer en nuestro día a día. Los componentes terapéuticos del programa son los siguientes: psicoeducación, técnicas de manejo de emociones negativas, exposición, técnica de solución de problemas, aceptación y elaboración del acontecimiento negativo y prevención de recaídas. También incluye estrategias de psicología positiva que intentan aumentar la capacidad natural del ser humano para resistir y crecer ante la adversidad.

Antes de presentarte el módulo, te pediremos que contestes unas preguntas cuyo objetivo es recoger información personal de los participantes, esta información únicamente se utilizará para fines científicos. A continuación te daremos acceso como usuario o paciente al módulo 3 del programa TAO, llamado *Aceptando los problemas*. Tendrás el tiempo que necesitas para ver el módulo y revisar todo el material que incluye. Al finalizar, te pediremos que respondas a unas preguntas. El tiempo requerido para revisar el módulo y cumplimentar todos los instrumentos es de aproximadamente 1 hora.

Ahora lee también esta información, es el **consentimiento informado** que aceptarás si continúas adelante:

Acepto de manera libre mi participación en el estudio de aceptación de TAO. Entiendo la naturaleza y el propósito de los procedimientos que entraña el presente estudio y que se me han comunicado previamente. Entiendo que la investigación está diseñada para promover el conocimiento científico y que la Universitat Jaume I de Castellón usará los datos que yo le proporcione sólo y exclusivamente para esta investigación. Entiendo que los datos que proporcione serán considerados como confidenciales. Mi nombre o cualquier otra información no se harán públicos en ninguna presentación o publicación de la investigación. El procesamiento y uso de mis datos anónimos se llevará a cabo y se almacenará en papel y en formato electrónico durante 15 años. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin dar ningún tipo de explicación y sin ningún tipo de inconveniente para mí. Entiendo que la Universitat Jaume I de Castellón puede usar los datos recogidos en este proyecto para un proyecto de investigación posterior pero que las condiciones bajo las cuales he proporcionado la información seguirán siendo las mismas.

Si has decidido que quieres responder a los cuestionarios y formar parte del estudio, por favor, indica tu nombre y firma a continuación.

Nombre y apellidos (EN MAYÚSCULAS):

DNI:

Castellón, ____ de _____ del 2016

Firma del participante:

Anexo 3. Hoja de consentimiento de grabación en video / audio.

Nombre y Apellidos: _____

Uno de los Recursos de Servicio de Asistencia psicológica de la Universidad Jaume I, es la grabación de las sesiones en vídeo y/o audio. Las grabaciones proporcionan una información muy valiosa que se utiliza:

- Como herramienta terapéutica (p. ej. en algún momento del tratamiento el terapeuta puede pedir al paciente como tarea para casa visionar una o varias sesiones).
- Para analizar y trabajar en el proceso terapéutico de un caso concreto por parte de los distintos terapeutas que componen el Servicio de Asistencia Psicológica.
- Para la formación en cursos de grado y postgrado y en congresos especializados. En este caso, cuando la grabación es en vídeo se procede a la distorsión de las imágenes y se elimina todo aquello que pudiera dar lugar a la identificación de la persona.

MANIFIESTO

- Que he sido informado adecuadamente de la posible utilización de las grabaciones de las sesiones que se realizarán durante el tratamiento psicológico que recibiré en el Servicio de Asistencia Psicológica de la Universidad Jaume I
- Que, salvaguardando siempre mi derecho a la intimidad y al anonimato, estoy de acuerdo y acepto libre y voluntariamente la grabación en video/ audio de las sesiones de terapia.
- Que, en función de esta opción libre, puedo cambiar mi opinión y pedir que no se lleve a cabo la grabación de las sesiones en el momento que lo desee.

El interesado/a,

La Directora del Servicio de
Asistencia Psicológica de la Universidad Jaume I

Castellón, ____ de _____ del 201____

Anexo 4. Entrevista diagnóstica para los Trastornos Adaptativos.
ENTREVISTA DIAGNÓSTICA PARA
LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS
(Andreu-Mateu, Botella, Baños y Quero, 2008)

Nombre _____ Código/DNI _____

Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Género ☐ Mujer ☐ Hombre

Entrevistador _____

Diagnóstico _____ Fecha _____

I. INFORMACIÓN INICIAL

1- En los últimos meses, ¿has sufrido algún acontecimiento negativo/estresante en tu vida?

SI ____ NO ____

TIPO DE ACONTECIMIENTO	Si/No	Duración en meses/años
RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO:		
-ruptura, separación/divorcio		
-infidelidad de la pareja		
-conflictos/problemas con otros miembros de la familia		
-reconciliación		
-matrimonio		
-nuevo matrimonio de algún miembro de la familia		
-muerte de un familiar ¹		
-embarazo/nacimiento de un hijo		
-independización de los hijos		
-incorporación de algún miembro a la familia		
-marcha de algún miembro de la familia		
-cambio de hogar		
-problemas de salud en algún miembro de la familia		
-problemas de salud propios		
-malos tratos de la pareja/padres		
-abandono		
RELACIONADO CON EL AMBIENTE SOCIAL:		
-fallecimiento de un amigo ¹		

¹ Si hay muerte ir a los CRITERIOS DE DUELO (apartado V)

-pérdida de apoyo social		
-soledad prolongada		
-problemas de vivienda		
-cambio de lugar de residencia		
-emigración		
-dificultad de adaptación a una cultura nueva		
-discriminación		
-cambio vital (p. ej. <i>jubilación, emancipación...</i>)		
-problemas con algún agente social: médico, asistente social...		
ÁMBITO LABORAL:		
-desempleo		
-despido		
-jubilación		
-ascenso		
-cambio de trabajo		
-insatisfacción laboral		
-conflictos con el jefe/compañeros		
-trabajo estresante		
-condiciones laborales difíciles		
-fracasos laborales		
ÁMBITO ACADÉMICO		
-inicio/fin etapa		
-problemas con compañeros		
-cambio de colegio/instituto/facultad		
-problemas con los estudios		
-fracasos académicos		
PROBLEMAS DE ACOSO/ABUSO		
-mobbing		
-bulling		
-otros		
PROBLEMAS ECONÓMICOS		
-inicio/fin de un negocio/quiebra		
-problemas económicos		
-ganancia de gran suma de dinero		
PROBLEMAS CON SISTEMA LEGAL O DELINCUENCIA		
-arresto		
-encarcelamiento		
-juicio		
-víctima de un acto delictivo		
AMENAZA PARA LA SEGURIDAD PERSONAL		
-accidente		
-desastres/catástrofes naturales		

-agresión física/sexual		
-enfermedad grave		
-amenaza o peligro para otra persona		

- 2- ¿Cuánto tiempo hace que el/los acontecimiento/s estresante/s tuvo/tuvieron lugar?
(Indicar fecha)

Acontecimiento 1:.....

Acontecimiento 2:.....

Acontecimiento 3:.....

- 3- ¿En algún caso el estresor continúa presente en la actualidad?

Acontecimiento 1:.....

Acontecimiento 2:.....

Acontecimiento 3:.....

- 4- En la actualidad, y como consecuencia de haber experimentado dicho acontecimiento ¿tienes algún tipo de síntoma emocional o comportamental que te produzca un nivel de malestar subjetivo importante en tu vida? Por ejemplo, te sientes ansioso, deprimido, preocupado, incapaz de seguir adelante, de hacer cosas...

SI ____ NO ____

II. VALORACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

- 1- Indica cuáles de los siguientes síntomas experimentas en relación al acontecimiento estresante y valora su **gravedad** utilizando la siguiente escala:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Leve		Moderado		Grave		Muy grave

- 5- Indica la **frecuencia** con la que experimentas los siguientes síntomas utilizando la siguiente escala (sólo de aquellos que puntúen 5 o más):

1. Nunca
2. Algún día al mes
3. Varios días al mes
4. Una vez por semana
5. Varios días a la semana
6. Todos los días

SÍNTOMAS	Grav (0-8)	Frecuencia (1-6)	¿Cuándo comenzó? ²
Tristeza			
Rabia/enfado			
Culpabilidad			
Ansiedad/miedo			
Hiperactividad			
Confusión/incertidumbre			
Desesperanza			
Llanto			
Sentimientos de inutilidad			
Baja autoestima			
Ideas de muerte			
Tensión muscular			
Problemas de sueño			
Problemas con el apetito			
Inquietud/nervios			
Fatiga			
Dificultad para concentrarse			
Irritabilidad			
Dificultades para relacionarse con los demás			
Retirada o aislamiento social			
Dificultad para aceptar lo sucedido			
Evitación de situaciones o recuerdos relacionados con el acontecimiento			
Sensación de distanciamiento o extrañamiento respecto a los demás			
Reactividad fisiológica (sudor, temblores) ante estímulos relacionados con el acontecimiento			
Embotamiento afectivo ³			
Recuerdos o sueños recurrentes e intrusivos ³			
Sensaciones de revivir la experiencia ³			
Preocupación constante por distintos temas ⁴			
Otros			

² Valorar sólo los síntomas principales (puntuación >4). Si están presentes desde el inicio del problema o con posterioridad.

³ Valorar criterios TEPT (Trastorno de estrés postraumático)

⁴ Valorar criterios TAG (Trastorno de ansiedad generalizada)

Comentarios:
.....
.....

6- Predominio de síntomas:

Ansiosos	-3	-2	-1	0	1	2	3	Depresivos
-----------------	-----------	-----------	-----------	----------	----------	----------	----------	-------------------

7- ¿Cuánto tardaron en aparecer los síntomas tras el acontecimiento?

En el primer mes	Entre 1 y 3 meses	Más de 3 meses
-------------------------	--------------------------	-----------------------

8- ¿Cuánto tiempo hace que tiene los síntomas?

Menos de 1 mes	Entre 1 y 3 meses	Entre 3 y 6 meses	Más de 6 meses
-----------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------

9- ¿Existe todavía presente alguna consecuencia directa de dicho acontecimiento? (P.ej: sigo sin dinero, me siguen acosando en el trabajo, estoy pendiente del juicio...)

SI ____ NO ____

Especificar
.....
.....
.....
.....
.....

10- ¿Los síntomas se han mantenido igual desde el acontecimiento negativo/estresante o han cambiado?

Empeorado	-3	-2	-1	0	1	2	3	Mejorado
------------------	-----------	-----------	-----------	----------	----------	----------	----------	-----------------

11- ¿Ha tenido este tipo de reacción en otras ocasiones?

SI ____ NO ____

Especificar
.....
.....
.....
.....

12- ¿Tenía éstos síntomas incluso antes de que el acontecimiento estresante tuviera lugar?

SI ____ NO ____

Especificar

.....

.....

.....

.....

.....

13- ¿Cuándo empezó a convertirse esta situación en un problema para usted?

Fecha:.....

Comentarios:

.....

.....

14- ¿Durante los últimos 6 meses siente que ha estado continuamente preocupado o ansioso acerca de diversos temas, además de los relacionados con el acontecimiento negativo/estresante?

SI ____ NO ____

15- ¿Consumía o ha consumido algún tipo de droga/medicamento de forma regular?

SI ____ NO ____

Especificar (tipo/cantidad/fechas).....

.....

.....

.....

16- ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad o condición física especial?

SI ____ NO ____

Especificar (tipo y duración).....

.....

.....

.....

III. GRAVEDAD E INTERFERENCIA

1- ¿Qué grado de **malestar/alteración** le provoca su problema en estos momentos?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Leve		Moderado		Grave		Muy grave

2- En la actualidad ¿en qué grado interfiere su problema en las siguientes áreas de su vida?

TRABAJO. En su funcionamiento en el trabajo.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

VIDA SOCIAL. En su vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

TIEMPO LIBRE. En sus actividades habituales en los ratos libres (salidas, excursiones, viajes, práctica deportiva...).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

RELACIÓN DE PAREJA. En su relación de pareja.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

VIDA FAMILIAR. En sus relaciones familiares.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

ESCALA GLOBAL. En su vida normal en general.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Nada		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo

IV. INVESTIGACIÓN

- 1- ¿Existe alguna situación, persona, imagen, etc, que haga que los síntomas o el malestar relacionados con el acontecimiento negativo/estresante aumenten?

Especificar

.....

.....

.....

.....

- 2- ¿Qué ha hecho hasta ahora para hacer frente al acontecimiento y sus consecuencias?

Especificar

.....

.....

.....

.....

- 3- ¿Alguna vez experimentó sentimientos similares, quizás más leves, cuando era niño?

SI ____ NO ____

Si la respuesta es SI, especificar fechas y cómo fueron esas experiencias (situaciones, frecuencia, síntomas).....

.....

.....

.....

Especificación diagnóstica (según DSM-5)	
-TA con estado de ánimo deprimido	
-TA con ansiedad	
-TA mixto, con ansiedad y estado de ánimo deprimido	
-TA con trastorno del comportamiento	
-TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento	
-TA no especificado	
Diferencial (según DSM-5)	
-Trastorno depresivo mayor	
-Trastorno por estrés postraumático	
-Trastorno por estrés agudo	
-Trastornos de personalidad	
-Duelo (si la reacción es desmesurada en relación a lo que sería de esperar debe diagnosticarse un TA)	
Especificar si:	
-Agudo: la alteración dura menos de 6 meses	
-Crónico: la alteración dura más de 6 meses	

V. CRITERIOS DE DUELO COMPLICADO (Prigreson & Jacobs, 2001)

Criterio A

- 1- ¿Se ha producido recientemente o en el pasado la muerte de alguna persona significativa para usted?

SI ____ NO ____

- 2- ¿En la actualidad, y cómo consecuencia de la muerte de esta persona significativa, tiene alguno de los siguientes síntomas? **(Se requieren al menos 3 síntomas para el diagnóstico)**

2.1- ¿Le acuden a la mente pensamientos intrusivos acerca del fallecido?

.....
.....

2.2- ¿Siente añoranza del fallecido y lo recuerda con pena?

.....
.....

2.3- ¿Tiene deseos o realiza conductas de búsqueda del fallecido, aún sabiendo que está muerto?

.....
.....

2.4- ¿Le embarga una sensación de soledad como resultado del fallecimiento?

.....
.....

Criterio B

- 1- ¿Siente que la muerte de esa persona le ha provocado alguna de las siguientes consecuencias? **(Se requieren al menos 4 síntomas para el diagnóstico)**

1.1- ¿Ha dejado de plantearse metas o siente que ya no desea conseguir aquellas que se había planteado con anterioridad? ¿Se siente inútil cuando mira hacia el futuro?

.....
.....

1.2- ¿Siente que ya nada le afecta emocionalmente? ¿Se ha vuelto frío o indiferente?

.....

1.3- ¿Tiene dificultades para aceptar la muerte de la persona? (p.ej., no terminar de creérselo).

.....

.....

1.4- ¿Siente que la vida se ha quedado vacía o que ya no tiene sentido?

.....

.....

1.5- ¿Siente que se ha muerto una parte de sí mismo?

.....

.....

1.6- ¿Siente que se ha hecho pedazos la forma en que veía y entendía el mundo? (Perder la sensación de seguridad, confianza, control, etc.)

.....

.....

1.7- ¿Ha comenzado a tener síntomas o a asumir conductas perjudiciales que realizaba el fallecido o que estaban relacionadas con él?

.....

.....

1.8- ¿Siente que está demasiado irritable, amargado o enfadado por la muerte de esa persona?

.....

.....

TABLA RESUMEN DEL DIAGNÓSTICO

Síntomas criterio A		Síntomas criterio B		Diagnóstico duelo complicado
Menos de 3		Menos de 4		No
3 ó más		4 ó más		Si

Anexo 5. Escala de opinión sobre el tratamiento psicológico computerizado (versión pacientes).

PARTE I

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

Nivel de estudios:

☐ Básicos

☐ Medios

☐ Superiores

Nacionalidad: _____

Estado Civil:

☐ Soltero/a

☐ En pareja

☐ Divorciado/a

☐ Casado/a

☐ Separado/a

☐ Viudo/a

Situación laboral:

☐ Trabaja

☐ En desempleo

☐ Estudiante

☐ De baja temporal

☐ Baja por larga enfermedad

☐ Jubilado/a

☐ Otros: _____

Acontecimiento estresante:

☐ Ruptura/Divorcio y problemas derivados

☐ Problemática familiar

☐ Problemas laborales y *mobbing*

☐ Enfermedad propia o de algún familiar

☐ Otros: _____

¿Cuál dirías es tu nivel de dominio de las nuevas tecnologías?

Nulo	Básico	Medio	Avanzado	Experto

VER EL MÓDULO antes de
continuar.

PARTE II

COMPRENSIÓN DEL MÓDULO

Después de revisar el módulo y todo el material que incluye, lee atentamente las siguientes afirmaciones e indica si son verdaderas o falsas.

	Verdadero	Falso
La elaboración consiste en la exposición gradual a los pensamientos, imágenes y sentimientos asociados al acontecimiento estresante vivido y los problemas derivados de éste.	V	F
Practicando los ejercicios de toma de conciencia aprenderás cómo suprimir los pensamientos y emociones desagradables.	V	F
Una vez que he escrito en mi Libro de la Vida no puedo modificar y tampoco añadir cosas.	V	F
Cambiar nuestra actitud hacia los problemas es el primer paso para poder aprender de ellos.	V	F

OPINIÓN SOBRE EL MÓDULO

Por favor, utilizando la siguiente escala, marca la alternativa que más se ajuste a tu opinión para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿En qué medida crees que lo que has aprendido en este módulo te puede **ayudar a solucionar el problema por el que has pedido ayuda?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

2. ¿En qué medida consideras que los contenidos de este módulo te pueden resultar de **utilidad en otros momentos de tu vida en los que puedas sufrir otros problemas psicológicos?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

Continúa en la página siguiente.

3. ¿En qué medida te han parecido **lógicos** los contenidos de este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

4. ¿En qué medida te ha resultado **pesado y/o difícil** este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

5. ¿En qué medida te ha resultado **ameno y/o interesante**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

6. ¿En qué medida te han parecido **claros y/o comprensibles** los contenidos abordados en este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

7. ¿En qué medida crees que **necesitas ayuda** de un terapeuta para poder comprender los contenidos abordados en este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

8. ¿Qué **calificación global** darías al módulo "*Aceptando los problemas*"?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy deficiente					Excelente					

Continúa en la página siguiente.

9. ¿Qué **calificación global** darías a los **contenidos multimedia** de este módulo (imágenes, viñetas, videos)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muy deficiente

Excelente

10. Respecto a los elementos disponibles en el sistema, valora en qué medida consideras **útil** cada uno de ellos para ayudar a una persona a superar su problema:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

Herramientas	Utilidad
Texto	
Imágenes	
Viñetas	
Videos	

11. ¿De qué forma crees que se pueden **mejorar estas herramientas** y elementos incluidos en el módulo?

Continúa en la página siguiente.

12. ¿De qué forma crees que se puede **mejorar el módulo** en general?

ESCALA DE USABILIDAD DEL SISTEMA

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marca la opción que mejor describa tu opinión.

	<div>En completo desacuerdo</div> <div>Completamente de acuerdo</div>				
1. Creo que me gustaría utilizar con frecuencia este sistema.	1	2	3	4	5
2. Encontré el sistema innecesariamente complejo.	1	2	3	4	5
3. Pensé que era fácil usar el sistema.	1	2	3	4	5
4. Pienso que necesitaría del apoyo de un experto para poder utilizar solo el sistema.	1	2	3	4	5
5. Encontré que las diversas funciones del sistema estaban bien integradas.	1	2	3	4	5
6. Pensé que había demasiada inconsistencia en el sistema.	1	2	3	4	5
7. Imagino que la mayoría de las personas aprenderán muy rápidamente a utilizar el sistema.	1	2	3	4	5

Continúa en la página siguiente.

8. Encontré el sistema muy complicado/farragoso de utilizar.	1	2	3	4	5
9. Me sentí muy seguro al utilizar el sistema.	1	2	3	4	5
10. Necesito aprender muchas cosas antes de poder manejar este sistema.	1	2	3	4	5

OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA TAO

Por favor, utilizando la siguiente escala, marca la alternativa que más se ajuste a tu opinión para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿En qué medida crees que la utilización de módulos online como este que has visto **pueden ayudar** a personas con problemas similares al tuyo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

2. ¿En qué medida **te gustaría recibir** un tratamiento online que incluya módulos como el que acabas de ver para el problema por el que has pedido ayuda?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

3. ¿En qué medida crees que puede resultar **útil** un tratamiento totalmente auto-aplicado que incluya módulos como el que acabas de ver para resolver problemas similares al tuyo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

FIN.

Anexo 6. Escala de opinión sobre el tratamiento psicológico computerizado (versión clínicos).

PARTE I

INFORMACIÓN PERSONAL

Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

Título académico:

☐ Doctor

☐ Estudiante de doctorado

☐ Máster

☐ Estudiante de máster

☐ Licenciatura/Grado

Nacionalidad: _____

Experiencia clínica:

☐ Sí

☐ No

Años experiencia:

☐ < 1 año

☐ 1 - 3 años

☐ > 3 años

¿Cuál dirías es tu nivel de dominio de las nuevas tecnologías?

Nulo	Básico	Medio	Avanzado	Experto

VER EL MÓDULO antes de
continuar.

PARTE II

OPINIÓN SOBRE EL MÓDULO

Por favor, utilizando la siguiente escala, marca la alternativa que más se ajuste a tu opinión para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿En qué medida crees que lo que se aprende en este módulo puede **ayudar a los pacientes que presentan un trastorno adaptativo**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

2. ¿En qué medida consideras que los contenidos de este módulo pueden resultar de **utilidad** a los pacientes **en otros momentos de su vida en los que puedan sufrir otros problemas psicológicos**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

3. ¿En qué medida te han parecido **lógicos** los contenidos de este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

4. ¿En qué medida te ha resultado **pesado y/o difícil** este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

5. ¿En qué medida te ha resultado **ameno y/o interesante**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

6. ¿En qué medida te han parecido **claros y/o comprensibles** los contenidos abordados en este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Muchísimo

Continúa en la página siguiente.

7. ¿En qué medida crees que es necesaria la **ayuda de un terapeuta** para comprender los contenidos abordados en este módulo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

8. ¿Qué **calificación global** darías al módulo "*Aceptando los problemas*"?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy deficiente					Excelente					

9. ¿Qué **calificación global** darías a los **contenidos multimedia** de este módulo (imágenes, viñetas, videos)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy deficiente					Excelente					

10. Respecto a los elementos disponibles en el sistema, valora en qué medida consideras **útil** cada uno de ellos para ayudar a una persona a superar su problema:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Muchísimo					

Herramientas	Utilidad
Texto	
Imágenes	
Viñetas	
Videos	

11. ¿De qué forma crees que se pueden **mejorar** estas herramientas y elementos incluidos en el módulo?

Continúa en la página siguiente.

12. ¿De qué forma crees que se puede **mejorar** el módulo en general?

Continúa en la página siguiente.

13. Por favor, indica tu opinión acerca del módulo "*Aceptando los problemas*". Señala lo que más te ha gustado y también lo que menos te ha gustado.

ESCALA DE USABILIDAD DEL SISTEMA

Para cada una de las siguientes afirmaciones, marca la opción que mejor describa tu opinión.

	En completo desacuerdo					Completamente de acuerdo				
1. Creo que me gustaría utilizar con frecuencia este sistema.	1	2	3	4	5					
2. Encontré el sistema innecesariamente complejo.	1	2	3	4	5					
3. Pensé que era fácil usar el sistema.	1	2	3	4	5					
4. Pienso que necesitaría del apoyo de un experto para poder utilizar solo el sistema.	1	2	3	4	5					
5. Encontré que las diversas funciones del sistema estaban bien integradas.	1	2	3	4	5					

Continúa en la página siguiente.

6. Pensé que había demasiada inconsistencia en el sistema.	1	2	3	4	5
7. Imagino que la mayoría de las personas aprenderán muy rápidamente a utilizar el sistema.	1	2	3	4	5
8. Encontré el sistema muy complicado/farragoso de utilizar.	1	2	3	4	5
9. Me sentí muy seguro/a al utilizar el sistema.	1	2	3	4	5
10. Necesito aprender muchas cosas antes de poder manejar este sistema.	1	2	3	4	5

OPINIÓN SOBRE EL PROGRAMA TAO

Por favor, utilizando la siguiente escala, marca la alternativa que más se ajuste a tu opinión para cada una de las siguientes preguntas.

1. ¿En qué medida crees que la utilización de módulos online como este que has visto **pueden ayudar** a pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

2. ¿En qué medida **recomendarías** el uso de módulos online como este que has visto a otros profesionales de Psicología Clínica?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

3. ¿En qué medida crees que puede resultar **útil** un tratamiento auto-aplicado para los trastornos adaptativos que incluya módulos como el que acabas de ver?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

4. ¿En qué medida estarías dispuesto a **adquirir una licencia** para poder utilizar en tu práctica clínica un programa que incluya módulos como el que acabas de ver?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada

Muchísimo

FIN.

Anexo 7. Pregunta de respuesta oral para los pacientes con Trastorno Adaptativo.

Por favor, indica tu opinión acerca del módulo "*Aceptando los problemas*". Señala lo que más te ha gustado y también lo que menos te ha gustado.

Anexo 8. Instrucciones tarea (versión pacientes).

Este guion es la garantía de que vamos a tratar a todos los participantes de igual manera.

Las palabras exactas pueden variar, cada cual tiene su ritmo y sus preferencias al expresarse, pero es muy conveniente que hagamos llegar la información de la misma manera a todos los participantes.

1.- Saludar y agradecer la participación en el estudio.

2.- Descripción del estudio.

“Te voy a leer a continuación la descripción del estudio. (...) Ahora si no tienes ninguna duda y estás de acuerdo con todo, por favor, firma el consentimiento informado.”

3.- Empieza la tarea.

“Vamos a empezar el estudio. En el ordenador que tienes delante ya está activado el módulo 3 del programa. Aquí tienes el cuadernillo con las preguntas que tendrás que contestar. Como te he dicho antes, al principio viene una serie de preguntas que recogen vuestra información personal que nos es muy importante de cara al análisis de los resultados del estudio. Si te fijas, al final de estas preguntas se te indica que tienes que ver el módulo antes de continuar. En este momento ya podrás empezar a ver el programa y todo su contenido.

Durante el módulo se te presentarán algunos ejercicios, no hace falta que los realices porque te puede llevar mucho tiempo, pero sí es importante que te fijas en toda la información e instrucciones que incluye el programa para saber si serías capaz de realizarlos por ti mismo, sin ningún tipo de ayuda externa. Al finalizar, el programa te indicará que ya has finalizado el módulo y entonces ya podrás responder a las preguntas de la Parte II del cuadernillo.

Verás que las preguntas de esa parte se clasifican en subapartados, es porque algunas evalúan el grado de comprensión del contenido del módulo, otras tu opinión sobre el módulo, su contenido y sus distintos componentes, también hay preguntas sobre el sistema y, por último, sobre el programa de tratamiento en general. Verás que la mayoría de las preguntas se responden en escala, de 0 a 10 o de 1 al 5. Pero también hay preguntas de respuesta abierta, para que puedas indicar todo aquello que te parece

importante. Si tienes alguna duda, estaré en la sala de al lado. Por favor, avísame cuando termines.”

SI LA PERSONA NO TIENE DUDAS, *“Ahora si no tienes ninguna duda, puedes empezar.”*

SI LA PERSONA TIENE DUDAS, resolverlas y apuntarlas para tener constancia de las dificultades que puedan suponer las instrucciones proporcionadas.

Cuando la persona haya terminado, revisar que no hay ninguna pregunta que se haya quedado en blanco.

“Bien, antes de terminar me gustaría hacerte una última pregunta. ¿Te importa si grabo tu respuesta?”

Si a la persona **NO le importa,** pedimos que firme el consentimiento informado que autorice la grabación de sus respuestas en una grabadora de voz y le hacemos las siguientes preguntas:

Por favor, indícame qué es lo que más te ha gustado del módulo y del programa en general. ¿Y qué es lo que menos te ha gustado?

Si la persona **NO quiere ser grabada,** le pedimos que responda a estas preguntas por escrito.

4.- Agradecemos su participación y nos despedimos.

Anexo 9. Instrucciones tarea (versión clínicos).

Este guion es la garantía de que vamos a tratar a todos los participantes de igual manera.

Las palabras exactas pueden variar, cada cual tiene su ritmo y sus preferencias al expresarse, pero es muy conveniente que hagamos llegar la información de la misma manera a todos los participantes.

1.- Saludar y agradecer la participación en el estudio.

2.- Descripción del estudio.

“Te voy a leer a continuación la descripción del estudio. (...) Ahora si no tienes ninguna duda y estás de acuerdo con todo, por favor, firma el consentimiento informado.”

3.- Empieza la tarea.

“Vamos a empezar el estudio. En el ordenador que tienes delante ya está activado el módulo 3 del programa. Aquí tienes el cuadernillo con las preguntas que tendrás que contestar. Como te he dicho antes, al principio viene una serie de preguntas que recogen vuestra información personal que nos es muy importante de cara al análisis de los resultados del estudio. Si te fijas, al final de estas preguntas se te indica que tienes que ver el módulo antes de continuar. En este momento ya podrás empezar a ver el programa y todo su contenido.

Durante el módulo se te presentarán algunos ejercicios, no hace falta que los realices porque te puede llevar mucho tiempo, pero sí es importante que te fijas en toda la información e instrucciones que incluye el programa para saber si los pacientes con trastorno adaptativo serían capaces de realizarlos por si mismo, sin ningún tipo de ayuda externa. Al finalizar, el programa te indicará que ya has finalizado el módulo y entonces ya podrás responder a las preguntas de la Parte II del cuadernillo.

Verás que las preguntas de esa parte se clasifican en subapartados, es porque algunas evalúan tu opinión sobre el módulo, su contenido y sus distintos componentes, también hay preguntas sobre el sistema y, por último, sobre el programa de tratamiento en general. Verás que la mayoría de las preguntas se responden en escala, de 0 a 10 o de 1 al 5. Pero también hay preguntas de respuesta abierta, para que puedas indicar todo

aquello que te parece importante. Si tienes alguna duda, estaré en la sala de al lado. Por favor, avísame cuando termines.”

SI LA PERSONA NO TIENE DUDAS, *“Ahora si no tienes ninguna duda, puedes empezar.”*

SI LA PERSONA TIENE DUDAS, resolverlas y apuntarlas para tener constancia de las dificultades que puedan suponer las instrucciones proporcionadas.

Cuando la persona haya terminado, revisar que no hay ninguna pregunta que se haya quedado en blanco.

4.- Agradecemos su participación y nos despedimos.

